

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

283

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Avril 1905, à 1 heure

PAR

Louis LAMOUREUX

DU FŒTICIDE

PRÉSIDENT : M. BROUARDEL, Professeur.

JUGES { MM. JOFFROY, Professeur.
CHANTEMESSE, Professeur.
LANGLOIS, Agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et Matière médicale	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale.	{ DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.)
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement.	{ PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DEME LIN.	LAUNOIS.	PROUST.
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGREY.	RENON.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGUEU.	RICHAUD.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	des trav. anat.
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LABBE.	MORESTIN.	
	LANGLOIS.	POTOCKI.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de profonde et très respectueuse reconnaissance.

882

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

ANCIEN DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PLAN

I. — DÉFINITION.

II. — HISTORIQUE.

- 1°) Quelques mots sur le fœticide dans l'antiquité.
- 2°) Le fœticide en France depuis Louise Bourgeois.
- 3°) Le fœticide devant la religion.
- 4°) Le fœticide depuis les méthodes antiseptiques.

III. — LA LEÇON DE M. PINARD DE NOVEMBRE 1899.

- 1°) Le droit de vie et de mort sur l'enfant n'appartient ni au père, ni aux proches (immoralité).
 - 2°) Il n'appartient pas à la mère (la vie de la mère ne pouvant primer celle du fœtus).
 - 3°) Il faut opérer sans avertir la femme.
- Sous peine de lui reconnaître le droit à l'avortement.
- Sous peine d'ajouter aux affres de la parturiente.

IV. — L'EMBRYOTOMIE SUR L'ENFANT VIVANT A VÉCU ?

- 1°) Indications de l'embryotomie à la campagne et en dehors des grands centres.
- 2°) Indications de l'embryotomie en cas de mauvaises conditions de la mère ou de l'enfant.
- 3°) L'embryotomie n'est pas immorale.
- 4°) L'embryotomie ne fait pas courir autant de risques à la mère que la symphyséotomie ou la césarienne (comme le dit M. Pinard).
Conséquences éloignées possibles de la symphyséotomie.
- 5°) Quelques mots sur l'accouchement prématuré.

V. — L'ACCOUCHEUR N'A PAS A PRÉVENIR LA PARTURIENTE DE L'OPÉRATION QU'IL VA PRATIQUER SUR ELLE ?

- 1°) Droit à l'intégrité du corps (légitime défense).
- 2°) Droits inégaux du fœtus et de la mère.
La femme ne fait pas abandon de ses droits au médecin par le fait même qu'elle l'appelle.
La femme ne fait pas abandon de ses droits en acceptant les joies de l'amour.
- 3°) Avis : Société obstétricale de France.
Société de Médecine légale.
Conseil de surveillance, Assistance publique.
Comité consultatif, Assistance publique.

4°) Femme inconsciente : ses droits appartiennent à ceux qui la représentent.

5°) Une malade ne peut théoriquement imposer l'embryotomie au médecin, mais celui-ci y sera pratiquement acculé par humanité.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, c'est un devoir pour nous de remercier tous ceux qui ont contribué à notre enseignement médical.

Nos premières années d'études se passèrent à Angers, nous devons un hommage à la mémoire du Docteur Dézanneau, notre premier maître en chirurgie et le témoignage de notre reconnaissance à M. le Dr Thibaut qui fut le premier à nous enseigner l'examen au lit du malade et l'art difficile de l'auscultation.

Merci aussi à tous nos autres maîtres angevins : les docteurs Legludic, Montprofit, Mareau, Bahuaud, Charrier, Thézée, Tesson ; à M. le Dr Motais qui nous a donné, à sa clinique de la rue du Mail, nos notions d'ophtalmologie.

À Paris, nous devons exprimer, avec nos sentiments respectueux, toute notre gratitude pour les maîtres de la science médicale qui ont bien voulu nous accorder, pendant toutes nos années d'externat, une place dans leurs services.

D'abord, M. le professeur Albert Robin, à la Pitié, et M. le Dr Teissier, à la consultation de ce même hôpital, pour nos deux premières années.

M. le professeur Ricard, à Saint-Louis, qui nous a initié à la grande chirurgie et que nous n'avons pas pu quitter sans regret, après une année passée dans son service.

M. le D^r Duguet, à Lariboisière, qui nous a fait profiter de sa science approfondie de clinicien.

M. le D^r Legendre, dont nous ne saurions trop rappeler le continuel souci de l'instruction médicale de ses élèves.

M. le D^r Guillemain, à la consultation de chirurgie de Saint-Louis, sous la direction duquel, pendant l'année 1903, nous nous sommes exercé à la pratique de la petite chirurgie et de la chirurgie d'urgence, et qui a daigné être pour nous plutôt un ami qu'un maître.

M. le D^r Comby, aux Enfants-Malades, chez lequel nous avons appris la thérapeutique infantile.

Enfin, pour l'accouchement, M. le D^r Boissard, à l'inaltérable bienveillance et à la science duquel nous devons un hommage reconnaissant, M. le D^r Boissard, chez qui un ancien élève est toujours sûr de trouver un mot aimable avec un bon conseil.

Pour terminer, il nous faut adresser nos respectueux remerciements à M. le professeur Brouardel, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

Nous devons aussi exprimer notre gratitude à M. le D^r Descouts, qui nous a suggéré l'idée de ce travail sur le fœticide.

DU FŒTICIDE

I

Pour quelques auteurs, on appelle fœticide le meurtre d'un fœtus, mais d'un fœtus *viable*, pour ceux-là le fœticide ne peut être avortement, puisque avortement veut dire expulsion d'un fœtus *non viable*.

Il n'est pas non plus un infanticide, car que nous dit le code pénal :

Est qualifié infanticide, le meurtre d'un enfant nouveau-né (Art. 300. Code pénal).

Or, précisément on arrête la vie du fœtus avant la naissance, et cela parce qu'il ne *peut pas naître*, ou du moins pas naître sans menacer d'une façon absolue la vie de sa mère; bien entendu je ne parle pas du fœticide criminel.

Alors, ainsi que le fait justement remarquer le docteur Allain dans sa thèse (1), pour ces auteurs

(1) Allain. — Du fœticide, Th. Bordeaux, 1904.

le fœticide correspond à une période intermédiaire, se plaçant entre l'avortement et l'infanticide, et presque nécessairement, étant donné l'âge du fœtus, et par conséquent son volume, il implique l'idée d'une opération chirurgicale, dans la grande majorité des cas : l'embryotomie.

Pour nous, il nous semble que c'est trop restreindre le sens du mot, et nous croyons qu'il faut appeler fœticide le meurtre du fœtus à une époque quelconque de la grossesse.

Evidemment la question réside maintenant toute entière dans le cas particulier de fœtus viable, et c'est presque toujours de bassin rétréci qu'il s'agit.

Nous voyons alors se dresser d'un côté l'école de M. le professeur Pinard qui n'admet aucune exception et qui prohibe le fœticide d'une façon absolue, et de l'autre, il faut bien le dire, presque tous les autres accoucheurs qui reconnaissent la nécessité du fœticide et qui en face des intérêts de l'enfant veulent bien se préoccuper un peu plus des intérêts de la mère.

Dans les autres cas, on n'a nul moyen de sauver le fœtus, et la mort de la mère entraîne nécessairement celle de l'enfant (vomissements incoercibles, éclampsie, par exemple, pour ne citer que ceux-là), aucun médecin maintenant ne conteste le droit au sacrifice nécessaire de cet enfant.

De deux existences irrémédiablement condamnées sans l'intervention du praticien, la plus élémentaire

logique commande d'en sauver au moins une, même au détriment de l'autre.

Que pèsent, en effet, dans ce cas, les quelques heures de survie du pauvre être qui tue sa mère avant d'être tué par elle ?

II

Aussi loin que l'on puisse remonter dans l'antiquité on y trouve mention du fœticide ; nous voyons les Hébreux le punir de mort, à moins qu'il n'ait été provoqué pour sauver la mère, et cette restriction est capitale. Cependant, il n'est plus permis si l'enfant a passé la tête (1).

Hippocrate dans le Serment (T. IV, p. 631) (2). déclare : « Je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif », mais d'autre part « il recommande à une joueuse de lyre, qui se croyait enceinte, de sauter et il ajoute que, quand elle eût fait cela sept fois, l'œuf sortit » (3).

Platon cite parmi les fonctions usuelles des sages-femmes « l'administration de médicaments, l'emploi de formules, de sortilèges qui passent pour avoir le pouvoir de hâter les accouchements ».

(1) De Pastoret. — Histoire de la législation. T. IV.

Selden. — De jure naturali et gentium juxta disciplina Ebræorum.

(2) In Essai d'une histoire de l'Obstétricie par de Siebold traduit par Hergott.

N. B. — Une grande partie de ces renseignements historiques sont tirés d'Hergott.

(3) Hergott. — Ibid.

Elles devaient aussi provoquer les avortements quand cela leur paraît nécessaire ».

Pline nous a conservé le nom de quelques-unes de ces sages-femmes de l'antiquité, entre autres une certaine Olympias Thebana avec indication de remèdes propres à provoquer l'avortement, une Laïs et une Sotira qui indiquent au besoin des moyens abortifs.

Nous voyons même admettre (Aristote, Platon) que, s'il faut arrêter l'excès de la population, toute femme qui a plus d'enfants que ne le prescrit la loi, non seulement peut, mais *doit* se faire avorter.

Si, chez les anciens on sacrifie avec la plus grande facilité le fœtus *in utero*, cela tient aux doctrines philosophiques, celles des stoïciens surtout qui considèrent l'enfant dans le sein de sa mère comme n'ayant pas d'âme.

Cependant, quand la mère meurt, il est prescrit de lui ouvrir le ventre pour extraire l'enfant, et cela paraît remonter à la plus haute antiquité.

La loi qui ordonne cette opération, *lex regia*, semble avoir été édictée sous Numa Pompilius, sinon même sous Romulus, et Pline rapporte la naissance bien connue de Scipion l'Africain et de César (il ne s'agit pas là de Julius César, le conquérant des Gaules, qui avait encore sa mère au moment de ses conquêtes).

Dans l'ancienne mythologie grecque (1). « Lucien

(1) Voir Hergott, T. I.

raconte positivement (Dialog. Deor. IX) qu'Hermès, sur l'ordre de Jupiter, ouvrit le ventre de Sémèle, morte dans les flammes, pour en retirer l'enfant de 7 mois qu'elle portait, et que Jupiter cousit dans sa hanche jusqu'à sa maturité.

D'après d'autres (Appollodore III, 4.,) Sémèle mit au monde dans les flammes, avant terme, un enfant que Jupiter prit auprès de lui.

Il y a plus de concordance dans la manière dont est racontée la naissance d'Asclépios que Phébus sauva du sein de sa mère Coronis brûlée sur le bûcher, après avoir été tuée par Artémise (Pind. Pyth., III, 76. Appollod. III, 10. Pansan. II, 26). »

Chez les Romains, le fœticide est puni d'exil, et même de mort s'il a été pratiqué par cupidité, par exemple, pour supprimer un héritier gênant; il est cependant fort fréquent et même de pratique courante chez les empereurs.

Il faut noter une barbare coutume que recommande Tertullien, père de l'église (1), et qui persiste pendant des siècles : c'est l'obligation de tuer l'enfant avant de le morceler ; nous voyons les chirurgiens s'ingénier à inventer de nouveaux procédés pour cette cruelle opération.

Avant de passer à ce que le fœticide fût en France, il est intéressant de rapporter, à titre de curiosité, ce que raconte Sue le jeune, dans ses

(1) Tertullien. — De anima.

Essais sur l'histoire de l'accouchement (1), prouve qu'à Formose la vie de l'enfant ne pesait pas lourd chez les habitants de cette île.

Il n'était pas permis aux femmes d'accoucher avant 35, 37 ans, et pourtant elles pouvaient se marier longtemps auparavant; en cas de grossesse, les prêtresses leur foulaient le ventre avec les pieds jusqu'à ce que l'avortement s'en suive.

Ce n'était pas seulement une honte d'avoir un enfant avant l'âge prescrit, mais encore un gros péché, et Rechteren en cite qui étaient grosses pour la 17^e fois lorsqu'il leur était permis d'être mère !!

Il est peut-être utile de faire remarquer que Sue le jeune, rapporte cette coutume dans un livre publié en 1779, et que, malgré le voisinage de la Chine si fermée à la civilisation occidentale, on chercherait heureusement en vain, je suppose, la persistance de cette barbare législation.

Pourtant, n'avons-nous pas entendu citer comme une barbarie égale, cette coutume de Madagascar qui consiste, pour faciliter l'expulsion du fœtus, à enfoncer un bâton dans la gorge des femmes en période d'accouchement, ce qui prouverait chez les Malgaches une singulière conception de l'anatomie humaine en général, et de l'anatomie des organes génitaux, en particulier.

Mais, comme le fait remarquer Monsieur le Doc-

(1) Sue le jeune. — Essais hist. litt. et crit. sur l'art des accouchements (1779) T. I.

teur Blin (1), qui, là bas, fût témoin d'un accouchement, il n'y a là sans doute, qu'une instinctive observation des lois de la nature.

Ce bâton oblige la femme à serrer les dents, ce qui produit en même temps l'occlusion de la glotte. Elle emprisonne ainsi de l'air dans son thorax, fournissant un point d'appui solide à ses muscles pour « pousser ».

N'est-il pas instinctif, chez nous, de fermer la bouche hermétiquement pour un effort violent ? Et le médecin n'a-t-il pas coutume de dire à la femme en mal d'enfant avec le « poussez » traditionnel « Madame, fermez la bouche ».

Et si on peut trouver barbare le stoïcisme obligatoire de la malheureuse patiente qu'on gourmande et qu'on frappe au moindre cri, jusqu'à l'expulsion de l'enfant, le petit paquet d'herbes introduit par la matrone, dans l'anus de la parturiente, n'est-il pas une précaution de propreté, qui pour être simple, combien simple, est cependant... ingénieuse.

*
* * *

En France, sous l'empire des idées religieuses, le fœticide devait trouver pendant longtemps une opposition invincible alors même qu'il semblait le plus nécessaire.

Dans son rapport au Congrès de Rome (1902) (2),

(1) Blin. — France Médicale, 1901.

(2) Pinard. — Rapport au Congrès de Gyn. et d'Obs. de Rome 1902. in. Ann. Gyn. sept. 1902.

Monsieur le Professeur Pinard fait remonter la première observation de fœticide fait dans un but thérapeutique, *pour sauver la mère*, à Louise Bourgeois, accoucheuse de Marie de Médicis, et reçue sage-femme jurée en l'année 1590.

La première, elle aurait préconisé l'interruption de la grossesse quand la mère semble devoir fatalement succomber par le fait même de cette grossesse, mais elle n'en voit qu'une seule indication : le cas d'hémorragie.

Il faut attendre longtemps avant que les accoucheurs osent se départir de cette règle unique ; c'est seulement au XVIII^e siècle qu'on l'étend aux bassins rétrécis : Cooper, en 1769, après une relation d'opération césarienne fatale pour la mère, posa à Hunter une question pour lui demander si la conscience n'autoriserait pas des manœuvres propres à faire avorter la mère qui ne pourrait accoucher par les voies naturelles.

En Angleterre surtout, la majorité des médecins répondit par l'affirmative.

Dans un savant travail paru dans la Chronique Médicale, Monsieur le docteur Klotz-Forest (1), d'après les renseignements attribués à de Vésine Larue (2) et que nous y retrouvons en effet, nous apprend qu'après Cooper on voit l'accouchement prématuré employé par Macauley, Kelly, Denmann,

(1) Klotz-Forest. — La prophylaxie anti-conceptionnelle est-elle légitime, In. Chron. Méd. Nov. 1904.

(2) Vésine Larue. — Essais sur l'avortement.

John et James Barlow en Angleterre, Ch. Wenzel, Ant. May et Weidmann en Allemagne, Salomon en Hollande.

Il faut croire qu'il y eut alors des excès commis en sens contraire et qu'on en vint, en Angleterre du moins, à sacrifier les enfants avec une trop grande facilité.

Dans les nuits angloises (1) paraît une satire mordante contre les accoucheurs d'alors, c'est d'un certain M. Nichols: une « Requête des enfants dans le sein de leur mère », requête adressée à MM. les Censeurs du Collège Royal des médecins de Londres.

L'auteur suppose d'abord qu'on informe, devant le Collège de médecine, contre un accoucheur accusé d'avoir fait périr dix enfants; alors le docteur Porus se levant: « s'efforça de prouver que les enfants, dans le sein de leur mère, n'étant pas chrétiens et n'ayant prêté encore aucune sorte de serments, n'avaient aucun droit à la protection de l'Eglise ni à celle de l'Etat. Il s'attache aussi à montrer qu'un enfant dans le sein d'une femme pouvait être considéré comme une verrue et comme une loupe... »

Indigné alors de ce langage, le buste de l'immortel Harvey s'anima sur son socle pour flétrir ces paroles, et s'adressant à l'assemblée :

« Vous êtes méprisés par les sages de la terre, s'écria-t-il, et vous ne serez plus visités que par la honte et la confusion ».

(1) Voir Sue le jeune, l'Art des accouchements T. I.

C'est après cette séance supposée que Nichols place la requête des enfants.

« Les enfants dans le sein de leur mère représentent très humblement aux Censeurs du Collège royal de médecine de Londres.

Que, quoiqu'ils ne soient pas encore des sujets nés de sa Majesté, cependant, comme ils résident dans l'étendue de ses domaines, les lois et les constitutions de ses Royaumes leur donnent droit à sa **protection...**

Que toutefois, vos Suppliants se voient poursuivis par les docteurs Pocus, Malus et autres gens mal intentionnés, lesquels profitent de la crainte et de l'ignorance de celles qui nous ont conçus pour les persuader que nous, vos Suppliants, sommes leurs ennemis mortels, nous voulons dire de nos mères, et que notre entrée dans le monde ne se fasse qu'en les chassant... de sorte qu'elles leur donnent jusqu'à des sommes extravagantes pour nous meurtrir, nous tuer, nous déchirer...

Vos Suppliants déposent, en premier lieu, que, si les difficultés d'ouvrir nos portes ou la terreur que nous impriment les cruautés qu'exercent communément sur nous les dits Pocus, Malus et leurs complices, nous empêchent de quitter nos demeures et de paraître au passage, les dits Pocus, Malus et leurs complices, à ce présent, nous accusent de vouloir tuer nos mères, et par punition due à ce crime, nous font tirer soudain hors de nos habitations avec des crochets, des pinces de fer et autres

instruments cruels qui nous déchirent, nous brisent, nous meurtrissent considérablement... Si nous venons à faire la moindre résistance, soit de nous-mêmes, soit par la nature des issues étroites de nos domiciles, on nous condamne à mort comme coupables de rébellion, et pour l'exécution de ces sentences, souvent on nous décapite, d'autres fois on nous arrache la cervelle avec des instruments perfides inventés pour cet usage barbare, etc... »

En France, ce serait Roussel de Vauzelme (1) qui aurait le premier parlé de l'accouchement prématuré. En tous cas nous voyons Baudelocque s'élever contre cette intervention, Baudelocque qui, d'ailleurs, est un des rares accoucheurs de cette époque qui considère la césarienne comme praticable et même la conseille parfois, en ne tolérant le fœticide que dans le cas d'hémorragie, comme Louise Bourgeois.

Madame Lachapelle (2) ajoute les convulsions aux indications du fœticide que, d'autre part, Capuron, Orfila jugent avec la dernière sévérité : « attentat aux lois civiles et humaines. »

Dugès prétend que la loi ne permet l'avortement dans aucun cas.

Il faut attendre 1813 pour trouver nettement posé le droit au fœticide. Un professeur de médecine légale et d'hygiène publiques de Strasbourg, Fodéré, se prononce franchement pour l'accouchement prématuré et *même* pour l'avortement provoqué « sauf

(1) Roussel de Vauzelme. — De sect. symphys., th. Paris 1878.

(2) Mme Lachapelle. — Pratique des accouchements, t. III.

dans le cas où la femme, ayant une maladie indépendante de la grossesse, ne paraîtrait pas devoir être soulagée par la délivrance » ; il donne seulement le conseil de réunir auparavant une consultation.

Duclos de Toulouse s'inspire de ce principe deux ans après, en 1815, et fait un accouchement artificiel chez une femme atteinte d'hydropisie de l'amnios, mais cet exemple n'est pas suivi : « l'odéré avait prêché dans le désert » comme le constate M. Pinard.

Alors se place la première discussion à l'Académie de Médecine ; c'est Costa qui, le 2 janvier 1827, demande, dans un mémoire, si on peut provoquer l'avortement dans le cas où la mère est en danger.

Une commission est nommée et on répond négativement à la question ; le rapporteur, M. de Kergardec, ajoute même qu'il « trouve quelque inconvenance à la demande de M. Costa » !

Malgré cela, Désormeaux, Dezeimeris, Stoltz (qui le provoque en 1831, 1833, 1836), Velpeau, Paul Dubois, Villermé à Marseille, Nichez à Lyon adoptent l'accouchement prématuré.

Mais toujours il s'agit de fœtus viable, et on finit par admettre à peu près universellement l'accouchement provoqué dans le cas de rétrécissement du bassin, à condition que l'enfant puisse naître vivant et soit susceptible d'être élevé.

En 1847, Raffaële (1) présente un mémoire à la

(1) Raffaële. — Deux mots sur la théorie et la pratique de l'accouchement provoqué prématurément dans le royaume de Naples (trad. Sirus Pirondi).

Société royale de médecine de Marseille : « Deux mots sur la théorie et la pratique de l'accouchement provoqué prématurément dans le royaume de Naples ».

Il constate, qu'en 1844, la censure lui a tronqué un travail sur ce même sujet et que, malgré l'*approbation de quatre théologiens*, dont il avait eu soin de se munir *par précaution*, il fût accusé auprès du roi d'immoralité.

Cette approbation de quatre théologiens est un détail amusant qui démontre combien était forte encore l'influence religieuse même dans une question purement scientifique.

De ce joug va peu à peu se dégager la question, et nous arrivons avec plus d'indépendance à une interprétation plus humaine du véritable devoir de l'accoucheur.

On est surpris de voir de si longues discussions quand tout se résume dans ceci : sauver la femme ou la laisser périr.

L'enfant, lui, est irrémédiablement condamné si on ne lui sacrifie pas sa mère.

A ce moment, en effet, on n'a pas la ressource de la symphyséotomie ni de la césarienne, l'une et l'autre presque fatalement mortelles, et l'exclamation de Pajot sur l'opération césarienne (1) reste vraie : « Ce n'est pas de l'art, c'est une inspiration de sauvage qui coupe l'arbre pour avoir le fruit. »

(1) Pajot. — Trav. d'obst.

Paul Dubois est le premier qui ne tient plus compte de la viabilité ou de la non viabilité du fœtus, et il donne, divisée en quatre classes, une liste des causes qui peuvent déterminer le médecin à cette intervention (1).

Avant lui, en effet, même dans la thèse de Ferniat (2), l'élève de Stoltz, il n'en est pas fait mention.

En dehors de P. Dubois, Cazeaux, Lenoir, Danyau pratiquent l'avortement, et nous arrivons enfin à la séance de l'Académie de Médecine du 10 février 1852 (3).

Si on se reporte à celle qui avait eu lieu 25 ans auparavant, on peut se rendre compte du chemin fait depuis lors ; avec quelle hauteur méprisante on avait répondu à Costa par une négation formelle : « soulever seulement une pareille question est une inconvenance ! » s'écrie M. de Kergaradec le rapporteur.

En 1852, à la presque unanimité, on reconnaît la légitimité de l'avortement provoqué, Cazeaux cependant le rejette dans le cas de vomissements incoercibles et Begin le repousse absolument, mais, dans sa prohibition, on ne voit guère percer qu'une opinion toute entière imposée par des aperçus religieux et non scientifiques.

(1) Voir Ann. de Gyn. 1902.

(2) Ferniat. — Existe-t-il d'autres cas que le rétrécissement du bassin qui puissent autoriser l'accoucheur à provoquer l'accouchement avant le terme naturel de la grossesse. *Thèse*, Strasbourg, 1836.

(3) Gaz. Méd., 14 février 1852.

*
* *

Ce jugement de l'Académie était l'estampille officielle, mais des médecins catholiques firent poser la question à Rome, et là nous nous trouvons en présence, après quelques tergiversations, d'un veto absolu.

Voici, en quelques lignes, le débat résumé par M. le docteur Klotz-Forest déjà cité (1) :

« La réponse de Rome fut d'abord évasive (1872). Sur une nouvelle question posée par l'archevêque de Lyon, le Saint-Siège répondit, le 28 mai 1884, qu'il n'était pas admissible de tolérer dans les écoles catholiques l'enseignement de la craniotomie (Tuto doceri non posse).

Non satisfait, l'archevêque de Cambrai posa la question de l'autorisation de l'avortement artificiel sous la forme suivante admirablement précise : le médecin Titius est appelé auprès d'une femme très malade. La seule cause de cette maladie est le fœtus, et la femme est en danger de mort. De plus, le seul moyen de la sauver consiste à provoquer l'avortement artificiel : est-il permis de le pratiquer ?

La Congrégation répondit le 24 juillet 1895 négativement, et cette condamnation fut approuvée par le pape. »

Les conséquences sont faciles à prévoir, et M. Treub

(1) Chron. Méd. Novembre 1904.

d'Amsterdam nous en donne un triste exemple (1) :

« Le 31 mars de l'année passée, j'ai été appelé auprès d'une femme d'environ 40 ans qui était au troisième mois de sa première grossesse. J'ai trouvé la femme à l'agonie, plus de pouls, face et extrémités froides. Il n'y avait plus rien à faire et quelques heures après ma visite la malheureuse est décédée.

J'appris du moins que la femme avait souffert de vomissements incoercibles et que le médecin, tout traitement restant sans effet, avait conseillé l'avortement. Et la femme elle-même et le mari y consentirent, mais le confesseur de la malade, ayant prévu le conseil, lui défendit l'opération au nom de l'église. Alors la femme s'est soumise et s'est laissée mourir. »

A la suite de cette mort, M. Treub s'est adressé à l'évêque de Haarlem pour se plaindre du curé qui, à son sens, avait dépassé ses droits et causé par là la mort de cette femme ; mais l'évêque déclara que le prêtre avait eu raison et qu'il n'avait fait que se conformer au décret du Saint-Office du 24 juillet 1895.

Alors, publication d'une petite brochure à laquelle répondent aussitôt deux prêtres hollandais : MM. Oppenraay et Vlaming, sans que la question fasse un pas en avant et M. Treub conclut (2) :

« Mais comme il s'agit d'une décision du Saint-

(1) Le fœticide thérapeutique à la Soc. obst. de France in *Ann. de la Soc. obst. de France*, 1902.

(2) Ibid. *Ann. de la Soc. Obst. de France*, 1902.

Office, c'est-à-dire d'une décision qui n'est pas immuable, il ne me semble pas trop hasardé d'espérer que le Saint-Office reviendra un jour de sa décision par trop inhumaine.

Qu'à ma voix, clamant dans le désert, s'ajoute celle de mes confrères, et, à la longue, il me semble impossible qu'avec le sens large et éminemment pratique qui distingue les prescriptions de l'Eglise catholique, la prescription *inouïe* du Saint-Office dont je parle ne disparaisse pas. »

Cette opinion est particulièrement précieuse parce que dépourvue de tout esprit de parti et de toute animosité contre l'Eglise catholique, bien au contraire.

C'est sur le sixième commandement que l'Eglise romaine s'est appuyée pour formuler sa prescription : tu ne tueras pas, *non occides*.

Et si on objecte le salut de la mère et la mort fatale du fœtus, c'est Saint-Paul qui fournit un argument tiré de son Epître aux Romains (1) : « *et non faciamus mala ut eveniant bona : quorum damnatio justa est* ». Tu ne feras pas le mal dans l'espoir d'en faire résulter le bien ; le meurtre de l'enfant est donc quand même un homicide.

Ne semble-t-il pas, cependant, qu'il y ait des exceptions nombreuses à ce *non occides* de l'Eglise.

La bible nous présente Judith comme une héroïne et précisément à cause du meurtre d'Holopherne ;

(1) Saint-Paul. — Epître aux Romains, chap. III, Art. 8.

Jeanne d'Arc la guerrière est élevée sur nos autels.

Et les croisades déclarées saintes, et toutes les guerres qui ensanglantèrent l'univers, ne sont-elles pas admises comme légitimes par les théologiens les plus sévères?

Lequel d'entre eux dénie à l'autorité le droit de punir les coupables jusques et y compris la peine de mort?

Et le droit de légitime défense qui permet de tuer l'assaillant pour sauvegarder sa propre vie? N'est-ce pas justement un droit de légitime défense que celui de la mère menacée par sa grossesse?

Alors le droit de vie et de mort n'appartient donc pas qu'à Dieu seul? Et le commandement « Tu ne tueras pas » n'est pas absolu. Est-ce que plutôt on ne pourrait pas appliquer cet autre précepte « *De duobus malis minus malum est eligendum* (1) » de deux maux, il faut choisir le moindre?

Mais il est des théologiens qui ont montré un peu plus d'indulgence : Tertullien admettait le fœticide pour sauver la mère (2) :

« Lorsque l'accouchement naturel est impossible, l'enfant est immolé par une cruelle nécessité dans le sein de sa mère, assassin de sa mère si lui-même n'est condamné à mourir. » (3)

(1) Sanchez. — De matrimonio.

(2) Tertullien. — Apologétique.

(3) Une partie des renseignements sur cette question considérée au point de vue religieux est tirée de la thèse du docteur Allain (Th. Bordeaux 1901).

Le médecin d'ailleurs pouvant être coupable de meurtre par omission : « *occidit enim quisquis servare potest nec servat.* »

Au xvi^e siècle Sanchez reconnaît à la mère le droit de prendre des médicaments qui la fassent avorter, si ces médicaments sont nécessaires pour la préserver de la mort (1) :

« La mère a plus le droit de sauver sa propre vie que le fœtus n'en a lui-même. Pourquoi donc lorsqu'un médicament peut avoir pour résultat de sauver la mère et de causer la mort du fœtus, préférerait-on le salut de celui-ci à la vie de la mère, jusqu'à refuser d'appliquer le remède en faveur de cette mère, même au détriment de son fruit ? Et cela est encore mieux confirmé si l'on remarque que le décès de la mère ne laisse au fœtus qu'une chance presque miraculeuse de salut.

Ajoutons principalement l'intention qui doit être considérée comme constitutive de la perversité ou de la bonté de l'action qui n'est pas de causer un avortement mais de sauver la mère. »

En Mars 1773, les docteurs en théologie de la Faculté de Paris, émettent un avis à peu près semblable :

« Si l'on n'a égard qu'à la justice on peut sacrifier la vie de l'enfant pour sauver celle de la mère. Nous avons tous le droit de conserver la vie que Dieu nous a donnée, et nous pouvons, pour nous

(1) Sanchez, — Tr. de Matrimonio Lib. IX.

mettre à l'abri du danger de la perdre, repousser celui qui voudrait nous la ravir. La foule des théologiens l'enseignent ainsi.

Ces principes supposés, comme l'enfant serait la cause de la mort de sa mère, si l'on ne s'y opposait, il serait permis de se servir de tous moyens même en exposant l'enfant à une mort certaine ; et l'on ne peut opposer à cela que l'enfant est innocent et qu'on ne doit pas lui imputer les dangers auxquels sa mère est exposée ; l'innocence de l'enfant ne prive pas la mère de son droit par lequel elle peut demander qu'on se serve de tous les moyens convenables pour sa propre conservation. »

Et le docteur Allain constate : « Cette réponse est formelle , la justice religieuse admet que la femme est dans le cas de légitime défense et qu'elle peut demander légitimement le sacrifice de l'enfant. »

Les théologiens continuent : « La charité demande qu'on préfère la vie spirituelle d'un enfant, qu'on suppose être en danger évident de ne pas recevoir le baptême, à la vie temporelle de la mère ; c'est la marque de charité la plus ardente que de donner sa vie pour sauver les autres.

Il n'en serait pas de même si l'enfant devait périr avec sa mère, en supposant par exemple qu'elle fut poursuivie par quelque bête féroce qui dût la dévorer, si elle ne s'enfuit pas sa perte est assurée et par conséquent celle de l'enfant, si au contraire elle s'enfuit, elle peut se sauver,

mais la précipitation de sa fuite cause la mort de son enfant.

Dans ce cas, il est permis à la mère de sauver sa vie, s'il est possible, en négligeant le salut de son enfant, et la charité ne lui défend pas de l'exposer dans le cas présent.

Afin donc que la charité oblige la mère à s'exposer à la mort il faut que l'espérance du salut de l'enfant soit bien fondée » (1).

C'est Saint-Alphonse de Liguori, s'appuyant sur Saint-Thomas, qui déclare « qu'on ne peut dire que la vie spirituelle de l'enfant devra être préférée à la vie temporelle de la mère, car cela doit être entendu en ce sens qu'on doit à la vérité souffrir la mort, mais non qu'on doive ou que l'on puisse se donner la mort, ou tuer quelqu'un pour le salut spirituel du prochain ».

C'est le cardinal Gousset (2) qui, dans le même sens, écrit : « Sans doute, si l'opération est jugée nécessaire, le confesseur fera son possible pour y faire consentir la femme, mais il ne l'obligera pas sous peine de lui refuser l'absolution ».

Même actuellement et malgré l'avis formel du Saint-Office, il semble qu'il y ait des prêtres qui se fassent une idée plus large et plus humaine du devoir, puisque nous voyons M. Bar parler d'un cas analogue à celui de M. Treub, avec une solution plus heureuse.

(1) Consult. rapport par Genin. Hist de 2 op. César.

(2) Gousset. — Théol. mar. T. I.

Après avoir proposé en 1890 l'avortement à une de ses malades, il raconte être allé chez le curé de Saint-Augustin à Paris, et celui-ci « déclara que tout scrupule devait être levé du moment que l'opération était jugée indispensable, mais il demanda que l'embryon fut baptisé (1).

M. Budin, de son côté, rappelle un fait semblable qui lui arriva dans les Charentes en 1892; là aussi le confesseur s'inclina devant les nécessités.

Enfin, M. Hubert de Louvain cite l'opinion d'un évêque qui admet dans ce cas l'état de légitime défense de la mère, et par conséquent son droit de faire tuer l'enfant.

Sait-on d'ailleurs, dans ces malheureux cas de fœticide, quelle singulière distinction fait la morale religieuse:

Une opération est permise si elle n'attaque pas les conditions naturelles de la vie fœtale, mais seulement l'organe malade de la mère; vous avez le droit d'enlever *un utérus avec le fœtus* ou d'opérer une grossesse extra-utérine et de faire l'ablation du kyste fœtal, mais pas d'extraire l'enfant seul.

Inutile d'ajouter que cet enfant est sacrifié dans les deux cas.

« Que l'on tue, s'écrie M. Treub (2), le fœtus en le faisant sortir trop tôt de la matrice ou qu'on

(1) Le fœticide thérapeutique à la Soc. Obstétricale de France (Discussion) in Ann. de la Soc. Obst. de France, 1902.

(2) Ibid. Ann. de la Soc. Obst. 02.

le tue en enlevant la matrice avec le fœtus dedans, il me faut avouer que, pour mes notions de morale, il n'y a pas de différence ! »

Il paraît, s'il y a ablation totale, « que dans ces conditions la mort du fœtus n'est qu'un accident, qu'un effet indirect de l'opération ».

Alors on arrive à ce résultat bizarre, comme le constate encore M. Treub : si pour un cancer de l'utérus, compliquant une grossesse, vous opérez par la voie abdominale, l'opération est licite, mais si vous intervenez par la voie vaginale, comme au cours de l'opération vous couperez la paroi antérieure de l'utérus et ouvrirez l'œuf, l'intervention vous est interdite !

Mais cet exposé des théories religieuses est déjà trop long, il n'a guère d'ailleurs qu'un intérêt de curiosité, puisque nous ne nous sommes pas proposé de traiter la question à ce point de vue, mais seulement au point de vue purement scientifique, notre but étant d'essayer de donner un aperçu des droits et des devoirs du médecin, toute question religieuse à part.

*
* *

Malgré l'avis de la cour de Rome, le fœticide est considéré par tous les médecins comme une nécessité, cruelle sans doute, mais que commande l'humanité ; surviennent alors les méthodes antiseptiques, l'asepsie la plus rigoureuse préside à toutes les opérations chirurgicales et des interven-

tions jusque là presque à coup sûr mortelles, deviennent relativement bénignes.

L'opération césarienne (bien vieille, pourtant, puisqu'elle avait été faite la première fois en l'an 1500, sur la femme d'un châtreur de porcs, en Thurgovie) donne enfin de bons résultats et voit s'évanouir les critiques trop justifiées qu'avaient élevé contre elle tour à tour A. Paré (1), Guillemeau (2), Moriceau (3), Ph. Peu (4), Sacombe.

La symphyséotomie, plus jeune, pratiquée d'abord par Sigault en 1777 et reprise par Morisani de Naples, en 1864, elle aussi devient une excellente opération.

L'accoucheur se trouve armé en présence d'un bassin rétréci et il peut espérer sauver la mère et l'enfant.

Alors, et nous entrons dans le cœur de notre sujet, c'est ici que se place la polémique ardente qui a divisé et qui divise encore les accoucheurs.

M. Pinard, se laissant entraîner par les beaux résultats obtenus par la symphyséotomie, fait inscrire sur les murs de son amphithéâtre ces mots : « L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu ».

A cette règle il n'admet aucune exception, et, devant une opinion aussi formelle, on peut se demander si la symphyséotomie, même avec la césa-

(1) A. Paré. — Traité de la génération.

(2) Guillemeau. — De l'heureux accouchement des femmes.

(3) Moriceau. — Traité des maladies des femmes grosses.

(4) P. Peu. — Pratique des accouchements.

rienne, répond nécessairement à tous les cas, rayant à tout jamais du cadre opératoire le forticide pour dystocie.

C'est à la suite de travaux entrepris par lui-même avec MM. Farabeuf et Varnier que M. Pinard commença sa campagne pour la symphyséotomie :

« Depuis deux ans, dit-il dans une leçon faite le 7 décembre 1893(1), m'appuyant sur les préceptes formulés par M. Farabeuf, j'applique la méthode nouvelle, j'enregistre et j'observe minutieusement, et aujourd'hui je viens vous dire avec conviction, après vous avoir exposé ce que nous avons obtenu : Entrez dans cette voie, c'est la bonne, ou tout au moins c'est la meilleure connue à l'heure actuelle. »

Des discussions s'engagent à tous les Congrès sur cette question, Breslau 1893, Rome 1894, Moscou 1897, Marseille 1898, Amsterdam 1899, Rome 1902, etc., et chaque année depuis 1893, en rendant compte des résultats de la symphyséotomie à Baudelocque, M. Pinard s'élève avec la même force contre l'embryotomie.

Il suffit d'ailleurs de feuilleter les Annales de Gynécologie pour y retrouver chaque fois les mêmes arguments.

« A l'heure actuelle, s'écrie-t-il, en 1898(2), je puis affirmer, et ce n'est point sans une immense satisfaction, si les accoucheurs discutent encore sur les

(1) Annales de Gynécologie 1894.

(2) Annales de Gynécologie 1898.

indications de la symphyséotomie, de l'opération césarienne et de l'accouchement prématuré, dans la thérapeutique des viciations pelviennes, il n'en est aucun qui préconise la mort de l'enfant ; je puis donc répéter : l'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu, et s'il en est encore qui ont recours à cette pratique que je ne veux pas qualifier, ils agissent dans l'ombre et se jugent eux-mêmes en n'ayant pas le courage de le dire. »

Il faut croire que les contradicteurs se sont décidés à sortir de l'ombre, puisqu'en 1901, le 21 novembre, dans une autre leçon, M. Pinard a changé de langage :

« Attaqué par les uns pour avoir agi ainsi avec tant de rapidité, blâmé par les autres pour avoir marché avec tant de lenteur, finalement accusé par tous je vous demande la permission de vous expliquer les raisons qui ont dicté ma conduite et dirigé mes actes... (1) »

Entre ces deux leçons 1898 et 1902, se place celle de novembre 1899 où est contenue toute sa doctrine, leçon qui eût un énorme retentissement et qui attira à son auteur une magistrale réponse de M. Maxwell, substitut du procureur général de Bordeaux.

C'est le morceau capital de la polémique car nulle part les idées de M. Pinard et de son école ne sont exposées avec plus de netteté et de chaleur.

Nous allons analyser les passages saillants de ce

(1) Ann. d'hyg. et de méd. lég. 1902.

discours en les faisant suivre des réflexions qu'ils nous ont suggérées, soit par eux-mêmes, soit par les opinions des autres accoucheurs, ce qui nous permettra d'en tirer les deux propositions principales :

L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu :

L'accoucheur n'a pas à prévenir la parturiente de l'opération qu'il va pratiquer sur elle.

Nous pourrons alors essayer de démontrer en quoi ces deux aphorismes sont, pour la plupart des accoucheurs, et à notre humble avis, absolument à côté du véritable devoir du praticien.

III

M. Pinard pose ainsi la question :

« Femme en travail ne pouvant accoucher spontanément par suite du rétrécissement du bassin, l'enfant est à terme et vivant; l'intervention que vous jugez indiquée nécessaire et indispensable, vous est interdite soit par la parturiente elle-même, soit par son entourage; une autre intervention vous est imposée et cette intervention implique la mort de l'enfant, que devez-vous faire en pareille occurrence? »

Comme on le voit le cas est des plus nets.

M. Pinard recherche en premier lieu si la vie de cet enfant qu'il s'agit de sacrifier appartient à quelqu'un.

Au père d'abord?

Il rappelle que le père de famille romain avait le droit de vie et de mort sur tous les membres de sa famille, coutume qui disparaît dès les empereurs Trajan et Adrien, et encore ce droit ne pouvait-il s'exercer que pour punir.

Rien de pareil en France, d'ailleurs, qui peut prétendre que l'enfant est coupable?

Et si on objecte qu'on ne tue pas pour punir mais pour sauver, M. Pinard répond qu'il considère abominable et immoral le cri : « avant tout sauvez la mère ! »

« Cri qu'on entend dans tous les cas graves, comme le dit Cazeaux, le cri du cœur, le cri de la nature. »

Or, en citant ce jugement, M. Pinard ajoute : « Si Cazeaux était dans le faux comme philosophe, comme moraliste et comme médecin (parole un peu dure soit dit en passant!), il était dans le vrai comme historien, car ce qu'il avait entendu, nous l'entendons encore à l'heure actuelle et il cite cette lettre que nous transcrivons :

« Mon cher docteur, voyant que l'évènement tarde à se produire, et craignant que ce retard entraîne des complications, je vous envoie cette lettre qui malheureusement aura peut-être encore le temps d'arriver pour vous dire que, s'il y a danger sérieux, et qu'il faille que vous sacrifiez quelqu'un, je vous demande d'abandonner le second et de conserver la mère, etc... »

Et au mot : *abandonner*, M. Pinard s'écrie : quel bel exemple d'euphémisme !

Ses appréciations sont au moins singulières : « Cette lettre est signée d'un nom qui appartient à un homme instruit, profondément honnête, de grand cœur... et cependant de par l'imprégnation traditionnelle, de par une fausse éducation, cet homme obéissant à ses sentiments qu'il croit élevés,

montre au moins un *manque absolu de jugement* en condamnant son enfant à l'abandon, c'est-à-dire à la mort, *alors qu'il n'est ni renseigné ni compétent.* »

Eh bien, que M. le professeur Pinard nous permette de dire pourquoi cet homme *a manqué de jugement*, et pourquoi il n'a pas pris soin de *se renseigner* avant d'écrire :

C'est qu'en effet cet homme était un homme de cœur, c'est qu'il s'est affolé devant le danger possible et qu'en face de sa femme vivante et d'un être pas encore né, presque seulement à l'état de possibilité, en face de la mère capable sans doute de lui donner d'autres enfants plus tard et sans danger alors, et de celui qu'il n'est même pas sûr de pouvoir élever, son cœur d'homme a crié, l'instinct, l'instinct voix de la nature a parlé, et, lui aussi, a poussé le même cri, le même toujours : « Monsieur, sauvez la mère ! »

Et cela c'est profondément humain !

Il aime sa femme, pourquoi le lui reprocher, pourquoi vouloir qu'il lui préfère un enfant qu'il ne connaît pas encore ?

Sa pitié va d'abord à celle à côté de qui il a vécu, qui a partagé sa vie, qui fût la Compagne ; ne lui en faites pas un crime, le contraire serait odieux.

Croyez-vous qu'une balance se soit fait bien nettement dans son esprit et qu'il ait pesé un instant la valeur des deux existences dont il croyait au moins l'une compromise ? Eh non, il n'a vu qu'une chose, sa femme menacée et c'est à vous que tout naturelle-

ment il s'adresse vous, le médecin, le sauveur possible.

Croyez-vous qu'il se soit donné le temps de penser que peut-être vous aviez entre vos mains le salut commun? C'est à vous de le lui dire et de lui montrer que vous pouvez essayer de sauver les deux : la mère et l'enfant.

Ah, il est bien en état de raisonner et de faire preuve de ce jugement que vous voudriez lui voir! c'est à vous d'être renseigné et compétent pour lui.

Et justement ne s'abandonne-t-il pas à votre avis : « s'il y a danger et *qu'il faille que vous sacrifiez quelqu'un* », c'est seulement s'il faut sacrifier quelqu'un qu'il vous demande que ce soit l'enfant, et soyez sûr que personne ne trouve abominable qu'il ose penser d'abord à sa femme!

Il semble donc légitime que le père ait le droit de demander le sacrifice de l'enfant pour sauver la mère.

M. Pinard, qui ne reconnaît pas plus au père qu'aux autres proches aucun droit de cette sorte, fait remarquer, en outre, qu'ils peuvent avoir d'autres mobiles que le salut de la mère.

Sans doute, mais est-ce une raison pour que le chirurgien soit en droit d'opérer quand même, malgré la femme et malgré la famille, ou inversement de refuser, en cas d'urgence, une opération qui, pour être seule acceptée, a au moins l'avantage de sauver la mère d'une mort certaine?

*
* *

La deuxième question examinée est le droit de la mère :

Le droit de vie et de mort appartient-il à la mère?

Cazeaux et Naegelé disent oui, Danyau et Dubois sont plus réservés, et Hubert dit nettement non (Académie de Médecine séance de 1852 et Académie royale de médecine de Belgique).

Cependant, si Hubert ne reconnaît à personne le droit de tuer un être aussi innocent que l'enfant dans le sein de sa mère, il ajoute que la mère n'est pas obligée de se soumettre à l'opération qu'on lui propose.

M. Pinard n'admet pas non plus ce droit de la mère sur le fœtus, pas plus qu'il ne l'a admis pour le père ou les proches. Pour lui, ce droit ne peut appartenir à personne, car on ne peut pas dire que la vie de la mère doive primer celle de l'enfant, et que par conséquent on puisse sacrifier le deuxième au salut de la première :

« Je proclame qu'il est monstrueux de discuter sur la valeur différente au point de vue économique et social de la vie de la mère et de celle de l'enfant. »

Il semble pourtant qu'il soit à peine besoin d'insister sur cette différence flagrante qui existe entre une femme en pleine maturité de sa vie et un être

qui, pour la société comme pour la loi, n'est encore qu'un « devenir » ; entre une femme que mille liens attachent à l'existence, l'amitié de ses amis, l'affection de ses parents, l'amour de son mari et : ce qui est presque une virtualité, que ne lie encore nulle attache morale profonde.

Mais à quoi bon développer davantage ces raisons, elles sont trop manifestes pour qu'elles ne soient pas venues à la pensée de quiconque a envisagé cette question ; quant aux adversaires irréductibles du fœticide, leur réplique est toute prête : « Eternels lieux communs ! »

Eternels, en effet, parce que trop évidents ; et leur réponse... facile est la seule réponse qu'ils fassent, parce qu'il n'y en a pas d'autre à faire :

Il paraît indéniable qu'au point de vue social, comme au point de vue moral et humanitaire, l'existence de la mère soit plus précieuse que celle de l'enfant.

Enfin le droit de vie et de mort peut-il appartenir à d'autres personnes :

A l'Administration de l'assistance publique ? Là, pas de doute, le Conseil de surveillance a lui-même répondu par la négative.

*
* *

M. Pinard revient alors à la question telle qu'il

l'a posée au début de son travail : si la femme refuse l'opération que faire ?

Oh ! la réponse est simple, il passe outre.

« Peut-on admettre, dit-il, que la mère puisse refuser de laisser pratiquer une opération qui seule permettra l'extraction de son enfant vivant, invoquant le danger éventuel de cette opération, et prétextant qu'en tuant l'enfant elle courra moins de danger ?

Si oui, vous donnez alors à la femme le droit d'interrompre sa grossesse quand elle voudra, c'est-à-dire le droit à l'avortement, vous lui donnez le droit à la castration, vous lui donnez le droit de ne plus cohabiter avec son mari, car elle pourra toujours invoquer le danger éventuel que lui fera courir un accouchement. Cela ne mène à rien moins qu'à la disparition de l'espèce ! »

Emporté par la chaleur de la discussion, à quelles conclusions se laisse entraîner M. Pinard ! Parce qu'une femme, et une femme infirme (puisque nous sommes dans le cas d'impossibilité d'accouchement naturel) parce qu'une femme infirme refuse de se laisser ouvrir le ventre ou désarticuler le bassin, respecter sa défense c'est lui concéder par là même le droit à l'avortement habituel, à la castration !

Mais une autre grossesse peut se terminer normalement, nous rapportons plus loin des exemples cités par M. Budin.

En tous cas, il y a l'accouchement prématuré, ou même pour la femme la possibilité de conditions dif-

férentes permettant une opération sanglante avec moins de risques pour elle.

Bien plus, nous sommes, paraît-il, entraînés à la disparition de l'espèce ! alors cet avortement considéré comme licite dans un cas et chez une femme infirme, donne le droit à l'avortement à toutes les femmes, toutes, même celles bien conformées et qui peuvent accoucher normalement !

Cette logique en vérité est déconcertante !

Monsieur Pinard ajoute qu'il peut se trouver des femmes heureuses de leur infirmité qui leur assure la mort des enfants dont elles ne veulent pas (1).

Eh ! sans doute, et cela est infiniment triste et touche aux plus brûlants problèmes sociaux de nos jours :

Les conditions matérielles de la vie chez le pauvre, l'égoïsme chez le riche qui redoute l'augmentation de ses charges, et surtout l'effrayant et odieux ostracisme de la société tout entière contre la fille-mère rejetée de partout et condamnée presque à mourir de faim parfois, au moment précisément où elle aurait le plus besoin de secours.

Comment chez cette malheureuse la pensée d'infanticide ne traverserait-elle pas son pauvre cerveau, et le premier remède à la disparition de l'espèce ne serait-il pas un peu plus de pitié !

Mais nous nous égarons hors de notre sujet.

Nous disions qu'il est infiniment triste de voir

(1) Voir plus loin une observation de M. Budin.

une mère dénaturée profiter de son infirmité pour demander le sacrifice de son enfant, mais cela ne permet pas au médecin d'employer la force et de conclure avec M. Pinard :

« Nous pensons que l'anesthésie est la seule ressource à employer, quand malgré tout, l'opération étant urgente la femme la repousse, *quel que soit le mobile qui la fasse agir* ».

Alors on jettera donc cette femme sur la table d'opération, et maintenue par des aides, de force, on lui fera inhaler le chloroforme, pour pouvoir taillader sa chair à l'aise, alors qu'elle ne sera plus que la chiffé humaine que représente une malade endormie !

Il semble qu'il y ait là une sorte de lâcheté à abuser de cette femme désormais sans défense contre le bistouri.

On répondra sans doute : n'y-a-t-il pas aussi une lâcheté à sacrifier l'enfant bien plus innocent ?

Mais de quel droit vous érigez-vous juge souverain, vous médecin, appelé par la mère et investi de sa confiance ?

Pour agir ainsi il faut être bien sûr de ne pas se tromper, bien sûr de faire une opération vraiment nécessaire, vraiment la seule indispensable, conciliant tous les intérêts !

Et si l'enfant ne naît pas vivant, s'il naît estropié, ou débile, ou s'il meurt après, si la mère reste elle-même infirme, oh ne niez pas, cela n'est pas rare,

que répondrez-vous à ses plaintes si vous avez agi malgré elle ?

(Nous n'entendons pas faire de la mère l'arbitre suprême, nous tenons à bien l'établir dès maintenant ; le médecin proposera à la parturiente l'opération qu'il jugera la meilleure, lui seul est compétent et peut peser les raisons capables de déterminer son choix, mais il n'a pas le droit de passer outre si la femme ne veut pas accepter l'intervention offerte, et c'est là que nous prétendons qu'il n'est pas assez sûr de son infailibilité pour attenter à la liberté d'autrui).

M. Pinard est « stupéfié » de cette obligation d'avertir la malade :

« Comment, avant de faire une application de forceps, je dois prendre les branches de l'instrument et lui expliquer plus ou moins éloquemment que je vais les lui introduire dans le corps ! »

Et il constate que c'est ajouter aux affres de la malheureuse.

Evidemment, aussi n'est-il pas besoin d'une démonstration scientifique de l'intervention ; à ce propos nous ne pouvons faire mieux que de citer les paroles si pleines de véritable sagesse de M. P. Bar dans une leçon faite à la Maternité de Saint-Antoine en 1902 (1) :

« A la vérité l'accoucheur qui se borne à dire à une femme qu'il va l'aider et qui lui ouvre le ven-

(1) P. Bar. — Deux questions obstétricales. C. Naud, éditeur.

tre en dit trop peu ; celui qui étale devant une malheureuse tous les inconvénients d'une opération en dit trop.

Il est possible de satisfaire au droit de la mère d'être avertie, d'obtenir de sa part un témoignage de confiance sans tomber dans aucune de ces fautes.

Du tact suffit.

Dites-lui qu'elle ne peut accoucher seule, que vous devez lui faire une opération, que celle-ci est la seule qui vous paraisse bonne ; dites que cette opération est sérieuse, mais qu'elle s'annonce bien (la feriez-vous s'il en était autrement?). Ajoutez si vous devez faire la section césarienne que l'enfant, ne pouvant être extrait par les voies génitales, vous le sortirez par la voie abdominale. Si vous devez faire la symphyséotomie, dites que vous allez agrandir le bassin, montrez à la femme qu'elle aura un enfant vivant.

Croyez-moi, tout cela peut être dit sans que vous ayez terrifié la malade, et pour peu que vous ayez agi et parlé avec prudence, vous n'aurez pas à aller plus loin : elle vous dira qu'elle se fie à vous. *J'en suis encore à voir refuser dans mon service l'opération que je jugeais opportune* ».

M. Pinard donne ensuite le chiffre de mortalité par comparaison de l'embryotomie avec les autres opérations, nous reviendrons sur ce sujet et il conclut :

« L'accoucheur n'a le droit ni moralement, ni léga-

lement, ni scientifiquement de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant.

« Le droit de vie et de mort sur l'enfant n'appartient à personne, ni au père, ni à la mère, ni au médecin.

« Le droit de l'enfant à la vie est un droit imprescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir.

« Le droit de choisir l'opération appartient seul au médecin.

« Et l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes, c'est-à-dire qu'il doit toujours et partout *éviter de provoquer des maladies et des infirmités* et s'efforcer de conserver la vie chez les êtres qui se confient à lui ou qui lui sont confiés ».

C'est là le résumé de ses idées, mais est-ce que les risques de mort, à tout le moins d'infirmité de la mère, ne sont pas augmentés par la symphyséotomie ou la césarienne, et souvent alors que l'existence précaire du fœtus, à vitalité déjà compromise, ne semble pas mériter de tels sacrifices ?

Est-ce là éviter de provoquer des maladies et des infirmités ?

De ce débat, nous le répétons, nous dégageons deux propositions qui, il nous semble, sont les plus importantes et celles où M. Pinard, qui les formula, a trouvé les adversaires les plus irréductibles.

L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu.

L'accoucheur n'a pas à prévenir la parturiente de l'opération qu'il va pratiquer sur elle.

S'il s'agit de fœtus non viable et si la vie de la mère est *immédiatement* menacée par sa grossesse, nous le constatons au commencement de ce travail, il n'y a plus à ce sujet aucune discussion, tous les accoucheurs sont d'accord pour pratiquer l'avortement.

Ce sera dans les cas qu'on attribue aujourd'hui à l'auto-intoxication : vomissements incoercibles, ictère grave, éclampsie, certaines cardiopathies...

Dans l'ostéomalacie, maladie rare dont on tend également le plus souvent à chercher le point de départ dans l'auto-intoxication d'origine gravidique.

Dans certains hydramnios considérables, dans certaines hémorrhagies graves pour insertion vicieuse du placenta...

Dans tous ces cas, l'enfant est de toutes façons condamné, le devoir du médecin est d'essayer de sauver la mère.

La discussion s'est limitée à la fin de la grossesse, alors qu'on pouvait avoir des chances d'arracher à la mort le fœtus en faisant courir à la femme le danger plus ou moins grand d'une opération sanglante.

A ce moment, si l'on a rejeté l'accouchement prématuré, et M. Pinard le rejette, il ne reste plus que la césarienne et la symphyséotomie d'un côté, du côté de l'enfant, dirions-nous, si on pouvait séparer

aussi nettement ses intérêts de ceux de la mère, et de l'autre côté, celui de la mère, l'embryotomie.

Or M. Pinard, après avoir supprimé déjà l'accouchement prématuré, n'admet pas l'embryotomie et ne reconnaît pas à la femme le droit de refuser l'opération qu'il lui impose.

IV

L'EMBRYOTOMIE SUR L'ENFANT VIVANT A VÉCU ?

Est-il exact de dire que l'embryotomie sur l'enfant vivant n'est plus jamais une nécessité opératoire ?

A cela nous répondrons résolument que l'embryotomie est et demeure encore une opération quelquefois nécessaire.

Malheureusement si la symphyséotomie et l'opération césarienne, depuis l'antisepsie, ont considérablement réduit les indications de l'embryotomie, au moins dans les grandes villes, elles ne répondent pas à tous les cas cliniques, ni ne peuvent se plier à toutes les conditions de milieux dans lesquels se trouve le chirurgien.

« Je suis l'ennemi de l'individualisme », dit M. Pinard (1) ; il nous semble que c'est une erreur d'ériger un cas type en modèle immuable, surtout dans la profession médicale où tant de choses font varier les conditions de chaque jour.

(1) Congrès Amsterdam, Ann. Gyn. 99.

En vérité nous sommes étonné qu'on puisse comparer l'intervention qu'est appelé à faire un médecin en pleine campagne, ou simplement dans une petite ville, avec celle que fera son grand confrère parisien dans son hôpital où sa clinique !

Beaucoup de nos amis se sont établis médecins à Paris et plusieurs exercent déjà depuis nombre d'années ; que de fois nous les avons entendus nous faire part de leurs craintes, de leurs angoisses même, au début de leur carrière, sortis qu'ils étaient des services hospitaliers encore tout imbus des pratiques excellentes des salles d'opération modernes.

Là, rien n'a été épargné pour assurer une asepsie parfaite : lavabos, cuvettes, eau bouillie chaude ou froide, antiseptique ou simplement aseptique, boîtes métalliques pour les instruments, les compresses, l'ouate, les bandages... tout se trouve réuni à portée de la main du chirurgien.

Des aides nombreux sont prêts à aider le chef de service pour la plus petite opération, avec, derrière eux, un personnel bien stylé, obéissant au moindre signe et présentant au moment opportun la cuvette pour les mains ou la boîte de compresses stérilisées.

Brusquement ces jeunes médecins sont jetés dans la vie ordinaire et ils auront juste une cuvette pour leur solution de sublimé et le plat classique à rôti qui leur servira à flamber leurs instruments !

Au lieu de la table d'opération, le lit dans un coin, et, comme aide, leurs deux mains, que pourtant il faudra conserver aussi aseptiques que possible,

malgré les multiples services qu'on exigera d'elles !

Il y a quelques jours, nous causions avec un de nos amis, au sujet d'un accouchement difficile pour lequel on était venu le chercher la veille, justement pendant que nous étions avec lui :

Il était arrivé en présence d'une femme à bassin rétréci, avec enfant paraissant volumineux, à vitalité déjà très compromise (battements du cœur faibles, perte de méconium), la femme très épuisée.

Le milieu : petits commerçants assez aisés.

Là encore, juste le plat à poulet pour flamber le forceps et une cuvette, une seule, pour le sublimé ; chambre très petite, avec à peine à côté du lit la place d'évoluer pour le médecin.

L'opération fut extrêmement pénible, l'enfant finit par passer et pût être ranimé ; plus tard il fallut faire la délivrance artificielle sur utérus rétracté.

Il n'y eut aucunes suites infectieuses ; d'ailleurs, il est à remarquer que, même avec des moyens aussi précaires, en général il n'y a pas d'infection, si le médecin s'est servi aussi scrupuleusement que possible des piêtres adjuvants qui sont à sa disposition.

Et notre ami concluait : « Aux premières opérations que j'eus à faire, j'étais très effrayé à cause de cette asepsie rudimentaire, maintenant je commence à m'y habituer devant l'absence de suites pathologiques ».

Et pourtant c'est un médecin qui s'est presque spécialisé dans l'art obstétrical, après un long séjour

dans les maternités des hôpitaux ; il devait être, semble-t-il, même au début, plus familiarisé que d'autres avec ces sortes d'interventions.

Cette histoire est banale, histoire de tous les jours, mais elle est intéressante précisément par sa banalité.

En bien, nous demandons à M. le Professeur Pinard, dans ces conditions qui sont, nous le répétons, les conditions ordinaires, est-il possible d'entreprendre une symphyséotomie ou une opération césarienne ?

Oh ! nous savons qu'à Paris on a toujours le temps de diriger une malade, selon sa condition sociale, sur un hôpital ou une clinique, mais dans une petite ville ou à la campagne ?

Nous n'apprendrons à personne qu'il est infiniment rare de consulter un médecin pendant une grossesse ; on attend l'heure de l'accouchement, et si « ça ne va pas » c'est alors qu'on va sonner à sa porte.

Que fait-il ? Il réunit à la hâte quelques instruments, prend son forceps, une solution de sublimé, au besoin du permanganate ou de l'iode destiné à une injection intra-utérine possible, et il part.

Supposons qu'il se trouve en présence d'une femme à bassin rétréci, à terme naturellement, et en travail ; est-ce que ce médecin, tout seul, va entreprendre une opération de la gravité de la symphyséotomie ou de la césarienne, même si la femme et l'enfant sont dans de bonnes conditions ?

Bien évidemment non, il attendra ; un confrère sera demandé, et alors, l'un donnant le chloroforme, l'autre opérant, on ouvrira le ventre ou la symphyse de cette malheureuse... ! A eux deux !!

Encore, le plus souvent, les conditions ne seront plus aussi bonnes ; comme le travail durait déjà depuis longtemps, avec un nouveau délai pour l'arrivée du second médecin, l'enfant commencera à souffrir, et la mère épuisée sera toute prête pour l'infection.

Eh bien nous, nous disons que dans ce village, ces deux médecins penchés sur une femme chloroformisée, étendue sur un lit malpropre, les instruments flambés dans un plat et une écuelle remplie de sublimé, nous disons que ces deux médecins commettent un assassinat !

Un assassinat bien plus que s'ils avaient sacrifié l'enfant.

Nous n'exagérons pas ; combien souvent il faut aller chercher le médecin à 7 ou 8 kilomètres, du moins il en est ainsi dans la Vendée et les Deux-Sèvres que nous connaissons, et nous supposons que ce n'est pas une exception.

D'ailleurs dans une petite ville où se trouve un seul médecin, et ces petites villes sont légion, les conditions sont les mêmes, le confrère est éloigné.

Même dans les cas les plus favorables, il n'y a jamais une clinique ou un hôpital disposé pour permettre une intervention comme la symphyséotomie, et il faut opérer au domicile du client avec les moyens dont il dispose.

Ah ! M. Pinard vous êtes l'ennemi de l'individualisme !

Eh sans doute quand vous opérez, vous le grand maître, c'est dans votre hôpital où tout votre personnel sait la signification de votre moindre geste ; en clientèle, une clinique est prête à recevoir votre malade.

Comment fera le médecin de campagne à qui manque tout ce confort chirurgical ?...

Tout dernièrement, dans une petite ville de 5.000 habitants, une femme que nous connaissons devint enceinte, et au moment du travail, l'accouchement ne put se terminer à cause de l'étroitesse du bassin ; les deux médecins qui furent appelés déclarèrent que pour sauver la mère il n'y avait pas d'autre alternative que de sacrifier l'enfant, ce qui fût fait.

Il ne vint même pas à l'idée, que nous sachions, de faire une césarienne ou une symphyséotomie, et pourtant cette femme eût affaire à des praticiens éclairés et mûris déjà par une longue pratique médicale.

Vraiment nous nous demandons avec M. Maxwell (1) si M. Pinard ne porte pas une lourde responsabilité alors qu'il répète à tous ses élèves comme un dogme intangible : Plus d'embryotomie.

(1) Maxwell. — De quelques cas de responsabilité médicale (Discours prononcé à l'audience solennelle de rentrée de la Cour d'appel de Bordeaux, le 16 oct. 1901 ; in Ann. d'Hyg., 1902).

« Or, comme j'ai la responsabilité de votre instruction et de votre éducation professionnelle » (1), dit-il.

On se demande ce que feront ces jeunes médecins imbus de la doctrine du maître, seuls en face d'un cas comme nous en citons tout à l'heure.

Ils n'ont rien de l'habileté du grand praticien, opéreront-ils ? Probablement ils n'oseront pas tenter la symphyséotomie, ou alors à quelles catastrophes peut-on s'attendre !

S'ils ne se résolvent pas à cette intervention, retentira à leurs oreilles le cri de M. Pinard : « Le meurtre du fœtus est un crime abominable. » Et au milieu de leur cruelle incertitude, femme et enfant mourront.

Ah oui lourde responsabilité pour celui qui arrêta leur bras !

Que nous ne paraissions pas exagérer l'inhabileté des débutants de l'art médical, loin de nous une pareille pensée.

Un jeune médecin ayant fait très sérieusement ses études et vu pratiquer plusieurs fois une symphyséotomie, sera-t-il assez osé pour la tenter dans des conditions aussi défavorables, sans la grande habitude que donne l'expérience !

Là, impossible d'attendre de la grande ville voisine, la venue du chirurgien : la mort veille et il faut la devancer.

« De même que l'opération césarienne relative,

(1) Pinard. — Du soi-disant fœticide thérapeutique. *Leç. nov. 99*, in *Ann. Gyn.* 1900.

dit Léopold (1) en parlant de la symphyséotomie, elle convient peu au médecin praticien, celui-ci dans le cas où il lui appartient de décider le mode de l'intervention, où il est obligé de terminer l'accouchement et où il porte le poids de toutes les responsabilités, peut, quand tous les autres moyens d'assistance ont échoué, faire avec décision la perforation de l'enfant vivant, fort dans sa conscience d'avoir fait pour la famille le plus qu'il pouvait faire : Tâcher de sauver la mère. »

M. Bar (2), de son côté, écrit : « Mais je ne saurais assez répéter que, si la section césarienne est facile, elle est dangereuse.

Pour donner de bons résultats, *elle doit être faite dans un milieu où l'asepsie est parfaite, sur des malades saines, et par des mains exercées* » et plus loin il formule le même avis pour la symphyséotomie.

Dans ses conclusions il est encore plus affirmatif :

« Il convient sans doute de faire une large part à la section césarienne et à la symphyséotomie, mais je vous en ai dit assez pour que vous compreniez que ces opérations, alors même qu'elles sont le mieux indiquées, ne doivent être pratiquées que dans des milieux aseptiques.

Ces conditions ne seront pas souvent réalisables pour ceux d'entre vous qui exerceront à la campagne ou dans de petites villes.

(1) Léopold. — Congrès international de Rome 94, (in *Ann. Gyn. Septembre 94.*)

(2) Bar. — Deux questions obst.

Devront-ils s'abstenir ? Pour l'opération césarienne, la réponse n'est pas douteuse : elle est, et sera longtemps encore une opération de clinique.

On a pensé que la symphyséotomie, ne faisant pas courir à la femme autant de dangers immédiats, pourrait être pratiquée au domicile des parturientes. Quelques succès obtenus dans de telles conditions et vite publiés ont fait penser que la section de la symphyse devait entrer dans l'obstétrique courante. Je crois que sauf certains cas relativement rares où il sera possible de réaliser au domicile de la parturiente un milieu favorable, la sagesse sera de s'abstenir.

Vous serez ainsi conduit à faire des opérations fœticides, pour employer le mot qu'on veut mettre à la mode, dans des cas où, dans nos maternités, nous n'y aurions pas recours. »

* *

D'autres indications que celles tirées du milieu dans lequel se trouve la malade devront faire choisir au praticien l'embryotomie de préférence à la césarienne et à la symphyséotomie.

Ce sera toutes les fois que l'enfant souffrira, ou que la femme déjà épuisée ne paraîtra pas pouvoir supporter l'opération dans de bonnes conditions.

On ne peut s'élever avec trop de force contre la facilité avec laquelle on se décide à la symphyséotomie ; c'est la conséquence toute naturelle de la

proscription : et de l'accouchement provoqué prématurément, et de l'embryotomie.

M. Bar dit même que la confiance est si grande pour la symphyséotomie et le courant si fort qu'on l'a faite quand l'enfant était mort et reconnu mort !

Voilà un enfant qui souffre, battements cardiaques sourds ou irréguliers, perte de méconium ; il résistera sûrement mal à l'opération, et s'il ne meurt pas après la symphyséotomie, il aura l'existence précaire des malades et des rachitiques que guettent toutes les maladies : ce sera bien plus un débile que le prématuré venu dans de bonnes conditions.

C'est pour extraire un être que vous n'êtes pas sûr de sauver que vous allez faire courir à la mère le danger d'une opération toujours sérieuse !

Quels lamentables résultats donnés à Baudelocque par ces observations de 1900 (1) : Sur cinq femmes qui ont subi la symphyséotomie et dont les enfants souffraient, deux voient leur sacrifice inutile : l'enfant meurt (l'un pendant l'accouchement, l'autre après la naissance), et l'une d'elles succombe à l'infection post-opératoire.

D'autre part, en face d'une mère épuisée par un travail laborieux, qui a perdu les eaux depuis quelque temps, qui présente de la température avec écoulement de liquide plus ou moins sanieux, entreprendrez-vous la symphyséotomie ?

Cette femme est toute préparée à l'infection et

(1) Bar. — idem.

l'enfant lui-même peut succomber pendant les premiers jours de sa vie à une infection contractée *in utero*.

Alors quels remords si la mère est contaminée et que l'enfant meure après avoir coûté si cher !

« Il vaut mieux perforer une fois de trop qu'une fois de moins » disait M. Léopold au Congrès d'Amsterdam.

« Si la vie d'un enfant bien portant, dit de son côté M. Bar, est assez précieuse pour qu'on impose à la mère les risques que cette opération comporte, la vie d'un enfant compromis ne les vaut pas ; mais surtout la vie d'un enfant déjà infecté malgré les apparences, ne vaut pas les grands dangers de cette opération quand elle est faite sur une femme infectée. »

*
* *

Et si on est bien obligé de reconnaître cette vérité que les indications peuvent changer avec les milieux et les circonstances, que l'on ne s'écrie pas qu'il importe peu, puisque, dans tous les cas, cette immolation d'un enfant est un crime contre nature, même si elle est pratiquée pour éviter à la mère un danger imminent !

Nous croyons avoir déjà répondu assez longuement à ce jugement pour n'avoir pas à y revenir ; qu'il nous soit permis seulement de rapporter deux anecdotes :

C'est Cazeaux qui nous raconte la première dans

son rapport à la séance de l'Académie de Médecine du 16 mars 1852 : « Un grand événement allait s'accomplir, la France attendait avec impatience la naissance de cet enfant qui devait consolider sa gloire et peut-être changer les destinées de l'Europe.

L'empereur touchait enfin à ce moment tant désiré qui allait fonder sa dynastie. A. Dubois se présente devant lui et lui témoigne quelque inquiétude sur le résultat de l'accouchement.

Aussitôt le grand homme oublie toutes ses espérances d'avenir et lui, qui a répudié la femme de son cœur, lui qui donnerait toutes ses victoires pour voir vivre cet enfant si désiré n'a plus qu'une pensée, ne trouve plus qu'un cri : Sauvez la mère ! Ce cri partait du cœur, c'était le cri de la nature, l'empereur n'était plus qu'un homme. »

Dionis (1) enregistre dans des circonstances analogues la réponse attribuée à Henri VIII d'Angleterre, l'auteur du schisme anglais :

Ce prince attendait la fin de l'accouchement de Jeanne Seimer sa troisième femme, et le chirurgien qui était auprès d'elle va demander au roi de choisir entre la mère et l'enfant :

« Eh que m'importe ma femme, s'écrie-t-il, sauvez l'enfant, car ce qui est pour des mères j'en trouverai assez ! »

Qu'on rapporte ces paroles cruelles et qu'on écoute les appréciations qu'elles feront naître, on

(1) Dionis. — Cours d'op. de chir.

verra ce que pense la conscience humaine du sacrifice demandé par le roi anglais.

Combien pitoyable au contraire et admirable le cri du cœur du grand empereur qui devant la mort oublie brusquement tous les rêves échafaudés sur la tête de cet enfant !

* * *

Nous venons de voir que dans certaines circonstances il était impossible de faire une césarienne ou une symphyséotomie, et que, s'il était trop tard pour tenter un accouchement prématuré, il n'y avait pas d'autres ressources que l'embryotomie.

Nous avons dit un mot ensuite de la prétendue immoralité du fœticide en citant deux exemples typiques, parce qu'opposés, renvoyant pour le reste à la discussion de la leçon de Baudelocque 1899 (pages 43 et suivantes).

Il nous faut maintenant examiner ce que vaut le grand argument de l'école Pinard : la symphyséotomie ne fait pas courir plus de risques à la mère que l'embryotomie ; nous analyserons en même temps brièvement les résultats donnés par la césarienne et l'accouchement prématuré.

La démonstration que symphyséotomie et césarienne font courir plus de risques à la mère est extrêmement simple, il suffit de parcourir les statistiques.

Nous allons prendre des chiffres donnés par

M. Pinard lui-même, ils ne seront au moins pas suspects de partialité.

Pour la symphyséotomie :

Femmes mortes..... 12 p. %

Enfants morts..... 13 p. %

(Pinard. Rapport présenté au Congrès d'Amsterdam 12 août 1899) (1).

Dans une leçon faite en 1891 (2) il donne la statistique de Léopold comme étant la plus favorable; ici il s'agit de l'opération césarienne, et nous avons :

Opérations..... 28

Femmes mortes..... 3

Morisani, dans son rapport au Congrès international des sciences médicales de Rome, mai-avril 1894 (3), présente pour la symphyséotomie une statistique d'après Varnier et Neugebauer.

Mortalité maternelle..... 11 6 p. %

Mortalité fœtale..... 22 8 p. %

(il expurge à 12 % ce dernier chiffre).

J. Valency (4) donne comme chiffres de la symphyséotomie.

D'après Pinard... Mortalité maternelle. 12 %

Mortalité fœtale..... 13 %

D'après Morisani. Mortalité maternelle. 11 6 %

Mortalité fœtale... 12 %

(1) In. Ann. Gyn. 1899.

(2) Leçon faite à Baudelocque (in Ann. Gyn. 1892).

(3) In Ann. Gyn. 1894.

(4) Le fœticide thérapeutique à la Société obstétricale de France 1902 (in. Ann. obst. de France 1902).

D'après Rubinrot. Mortalité maternelle, 11 03 %.

Ce sont des chiffres identiques qui sont rapportés par M. Budin à la discussion de la Société Obstétricale de France 1902 (1).

En parallèle, que nous dit M. Pinard de l'embryotomie :

Au Congrès d'Amsterdam il donne (2) :

Embryotomies 81

Femmes guéries..... 72

Femmes mortes..... 9

Mortalité..... 11 5 p. %

Mais il ajoute n'avoir pratiqué cette opération que sur des enfants morts.

Cette mortalité est stupéfiante et ne répond pas à la moyenne habituelle, il suffit d'ailleurs de s'en rapporter à M. Pinard encore, qui cette fois donne des chiffres tout autres, et qui, ceux-là, se rapprochent bien plus de la vérité et sont d'accord avec l'opinion de tous les autres accoucheurs.

Sur cinquante basiotripsies faites sur femmes saines, cinquante guérisons.

C'est-à-dire mortalité.... zéro.

Cette statistique est donnée dans une leçon faite à Baudelocque, en 1891 (3), en même temps que la statistique de Léopold sur la césarienne que nous avons déjà citée.

(1) In Ann. de la Société obstétricale de France 1902.

(2) Rapport présenté au Congrès d'Amsterdam le 12 août 1899 in Ann. gyn. 1899.

(3) Ann. Gyn. 1892.

Il nous semble juste de faire remarquer que, dans ces évaluations, il y a une inégalité flagrante en faveur de la césarienne et de la symphyséotomie, puisque toutes les statistiques portent sur des cas provenant de cliniques et d'hôpitaux, et que là, il n'est besoin de recourir à cette triste obligation de l'embryotomie qu'en présence de fœtus très compromis ou mort.

Or, si les risques d'une basiotripsie sont insignifiants, ou à peu près, chez une femme encore dans un état satisfaisant, il en est tout autrement s'il s'agit de femme épuisée avec un enfant mort ou même macéré.

Le danger réside uniquement dans les chances d'infection de la mère; ces chances sont nulles si on a été obligé de sacrifier l'enfant encore vivant, à cause des conditions ne permettant pas une opération immédiate aussi compliquée que la symphyséotomie ou la césarienne.

Seule la mortalité de ces cas est superposable à la mortalité des deux autres opérations.

Même, alors qu'on est amené au fœticide parce que le fœtus souffre et que la mère est affaiblie, l'embryotomie est pour la femme une source de dangers extrêmement minimes, et de toute façon nous sommes loin de la mortalité de 12 % accolée à la césarienne et à la symphyséotomie.

« Qui niera que celle-ci (la symphyséotomie) ne soit une intervention plus grave ? s'écrie Léopold

au Congrès de Rome (1), et que, le cas échéant, la faculté de la locomotion de l'accouchée ne soit troublée d'une façon durable ! »

Cette deuxième partie de l'appréciation de Léopold nous amène à nous demander si d'autre part, *les suites éloignées* de la symphyséotomie sont toujours absolument bénignes ; nous venons de voir l'avis de Léopold, quant au professeur Budin il a abandonné à peu près cette opération.

Il est certain en tous cas, et de l'aveu de tous, qu'elle peut, en dehors du danger immédiat, mettre un long temps à parvenir à la guérison, et même laisser une infirmité définitive.

Zweifel, pourtant partisan résolu de la symphyséotomie, même en dehors des conditions spéciales des cliniques, reconnaît que trois femmes sur vingt-trois opérées eurent longtemps la marche *extrêmement difficile* (2).

On dira sans doute que 3 ce n'est pas énorme sur 23, mais cela ajoute encore aux autres risques de l'intervention.

Alors que nous étions dans le service de M. le docteur Boissard, il vint dans une même semaine, à la consultation, 3 femmes qui avaient subi la symphyséotomie, toutes les 3 en dehors du service.

A nos questions sur la facilité de la locomotion, l'une nous dit que la marche la fatiguait beaucoup depuis son opération, d'ailleurs on sentait très net-

(1) Léopold. — Rapp. au Cong. int. de Rome 1894 in Ann. gyn. 4894.

(2) Congrès Rome 1902.

tement chez celle-là une mobilité de sa ceinture osseuse au niveau de la symphyse pubienne.

Les deux autres paraissaient complètement rétablies, mais comme nous leur demandions si elles éprouvaient une gêne à monter un escalier avec un fardeau, l'une nous répondit qu'elle ne pouvait plus porter son seau à charbon, et l'autre l'eau qu'elle prenait à l'étage au-dessous.

Ces deux réponses étaient identiques ; pourtant l'une des malades présentait une consolidation parfaite sans qu'il soit possible au toucher de percevoir aucun cal, si bien, qu'à juste titre, M. Boissard nous donna à tous cette femme comme un beau cas de réparation de la symphyséotomie.

Il est bien évident que ces trois exemples, simple impression restée en nous parce qu'ils nous avaient vivement frappé, n'ont aucune valeur scientifique ; ils prouvent du moins que les suites de la symphyséotomie ne sont pas toujours absolument sans conséquences : ce n'est vraiment pas, pour une femme du peuple, une infirmité négligeable que cette impossibilité de monter sans douleur son eau et son charbon.

Que dire aussi de cette observation des suites de 2 symphyséotomies pratiquées chez une même femme ? (1)

(1) Extrait d'une observation prise dans le service de M. le docteur Boissard.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, ménagère qui venait à la maternité de Tenon pour sa 9^e grossesse (bassin rétréci).

Voici en quelques lignes le résumé succinct de ses accouchements,

Première symphyséotomie : Reste trois mois couchée, pendant les deux derniers mois appareil plâtré, puis se lève, et reste 6 mois avec des béquilles.

Deuxième symphyséotomie : Un mois au lit, puis plâtre et reste très boiteuse pendant 6 mois.

Quel supplice pour cette malheureuse !

Rien n'est plus probant à ce sujet que la statistique que présenta en 1903 M. Tissier à la Société d'obstétrique de Paris (2).

Il rend compte de l'état des femmes qui, après avoir subi la symphyséotomie, sont entrées à l'asile de Fontenay-aux-Roses depuis le mois de mars 1898 (soit 5 années) ; ces femmes sont au nombre de 20.

Sur ces 20, 4 seulement sont sorties indemnes de l'opération, 4 seulement !

Voyons la récapitulation qui est faite après une note brève donnée sur chacune d'elles :

résumé qui prouve que les accouchements prématurés ont donné d'aussi bons résultats que ses deux symphyséotomies.

1^{re} acc. à terme, embryotomie sur enfant mort.

2^e acc. — *Symphyséotomie* à St-Louis : garçon vivant.

3^e acc. — Accouchement provoqué (ballon) à 7 mois 1/2, garçon vivant.

4^e acc. — *Symphyséotomie* à St-Louis : fille vivante. (morte plus tard à 3 ans 1/2 d'une pneumonie).

5^e acc. — Accouchement provoqué (ballon), clinique Tarnier : garçon vivant.

6^e acc. — Accouchement accéléré (écarteur Tarnier), à 8 mois, St-Antoine : garçon vivant.

7^e acc. — Accouchement provoqué (ballon) à 7 mois 1/2. — St-Antoine : garçon vivant.

8^e acc. — Accouchement provoqué (ballon), Tenon : Fille vivante.

9^e acc. Accouchement provoqué (ballon), Tenon : Enfant vivant. Ce dernier accouchement en décembre 1904.

(2) In bulletin de la Soc. d'obst. de Paris, 1903.

« Une ne quitte pas les hôpitaux depuis 5 ans.
8 ont eu des phlébites.

10 ont souffert de troubles urinaires pendant un temps variable (je parle de mois et d'années, et quelques-unes en souffrent encore. L'incontinence en général atténuée à la longue, reparait lors des efforts ou des quintes de toux).

Je n'insiste pas sur les déhanchements, difficulté de porter les fardeaux ou de monter les étages ; leur appréciation est malaisée ».

Tout commentaire affaiblirait la brutalité de cette statistique !

Et puis, comme le fait remarquer M. le professeur Budin, n'est-il pas terrible d'estropier peut-être à tout jamais une femme, ou même de la tuer alors qu'elle pourra avoir plus tard un enfant sans risques par un accouchement prématuré sinon à terme et spontanément. Voici, à ce sujet, deux observations que M. le professeur Budin rapporta à la Société de médecine légale de France (1). Nous les citons d'autant plus volontiers que M. Budin voulut bien lui-même nous les raconter chez lui, alors que nous étions allés lui demander des renseignements au sujet de notre thèse :

« Il y a quelques années, pendant que j'étais chef
« de service à la Maternité, le professeur adjoint y
« reçut, en mon absence, une femme dont le bassin
« était très rétréci. Dans un accouchement anté-
« rieur, une procidence du cordon étant survenue

(1) L'Obstétrique, (15 mai 1903).

« et ayant causé la mort de l'enfant, on avait pratiqué l'embryotomie céphalique.

« Cette malade acceptait la symphyséotomie. Lorsqu'elle fut parvenue à terme, elle nous déclara que son mari refusait cette opération : il désirait beaucoup avoir un enfant vivant, mais il ne voulait pas que sa femme courut aucun danger. Pressée de questions, elle affirma qu'elle était d'accord avec lui, qu'elle ne voulait plus de la symphyséotomie.

« Etant donnée la forme du bassin, je résolus de faire, au moment de l'accouchement, une version par manœuvres internes ; à notre grande surprise un enfant pesant plus de 6 livres fut extrait vivant bien portant.

« Cette femme étant devenue de nouveau enceinte, j'e provoquai l'accouchement prématuré et elle expulsa spontanément un enfant en parfait état de 2.900 grammes environ. »

Et M. Budin ajoute :

« A qui n'est-il pas arrivé, du reste, de voir dans des cas de bassin rétréci, accoucher spontanément des femmes à qui on avait proposé l'opération césarienne ou la symphyséotomie ? »

« Une malade qui avait un bassin très rétréci, se présente à terme dans un service d'accouchement ; il y a une procidence du cordon, l'enfant meure, on fait l'embryotomie. Redevenue enceinte elle arrive en travail à la Maternité où je me trouvais ; elle déclare formellement, d'accord avec son mari,

« qu'elle ne veut subir aucune opération lui faisant
« courir des risques, symphyséotomie ou section
« césarienne. Comme elle n'était enceinte que de
« huit mois, je réussis à extraire un enfant vivant,
« bien portant et qui vécut.

« Je lui recommandai, en cas de nouvelle gros-
« sesse, de venir me trouver de bonne heure, afin
« que l'accouchement prématuré pût être provoqué.

« Un soir, on me téléphona de la clinique Tarnier
« pour m'annoncer que cette femme venait d'y entrer
« en travail et à terme. Elle déclarait encore qu'elle
« refusait toute opération grave pour elle, opération
« césarienne ou symphyséotomie ; mon chef de cli-
« nique ajoutait qu'étant donné le degré de rétré-
« cissement du bassin il faudrait certainement faire
« l'embryotomie. J'étais très mécontent.

« Le lendemain matin, vers 6 heures 1/2, je télé-
« phonai, la tête restait bloquée au détroit supé-
« rieur.

« A 9 heures la dilatation était complète depuis
« longtemps, la femme avait 38°2 et les bruits du
« cœur de l'enfant restaient bons. La malade refu-
« sait toujours une intervention que nous considé-
« rions comme pouvant seule permettre d'avoir un
« enfant vivant. C'était un samedi, je fis ma leçon
« sur ce sujet en montrant aux élèves combien la
« situation était difficile, nous étions acculés au
« fœticide. Evidemment cette femme était coupable
« de n'être pas venue plus tôt, comme je lui avais
« conseillé, mais avais-je le droit, tout en la déclai-

« rant telle, d'être un juge inexorable, et, en n'inter-
« venant pas, de l'exposer à mourir ?

« Je décidai de faire une application de forceps
« préalable sur la tête arrêtée au détroit supérieur.

« A ma grande surprise l'enfant passa ; il s'était
« produit une fracture avec enfoncement profond
« du frontal. Je réussis à le rappeler à la vie ; l'après-
« midi, grâce à une nouvelle opération, je pus
« réduire la fracture, l'enfant guérit et se déve-
« loppa normalement. Trois semaines plus tard il
« contracta un érysipèle qui l'emporta.

« De nouvelles et instantes recommandations furent
« faites à cette femme pour qu'en cas de nou-
« velle grossesse elle se soumit à l'accouchement
« prématuré.

« En octobre dernier, alors que j'étais remplacé
« par M. le Dr Démelin, on me téléphona qu'elle
« venait d'entrer à l'hôpital ; elle était à terme ! les
« membranes étaient rompues, l'enfant se présen-
« tait par le siège et perdait son méconium, mais
« il n'y avait pas de contractions utérines.

« Evidemment cette femme ne voulait pas d'enfants
« vivants ; ainsi que son mari elle comptait sur
« l'embryotomie. Je fis part de mon exaspération au
« Dr Démelin.

« Ce n'est qu'après plusieurs jours que survinrent
« les douleurs qui déterminèrent l'accouchement ;
« l'enfant était mort, mais bien qu'il fût à terme, sa
« tête venant la dernière passa sans difficultés ! »

De son côté, M. J. Valency à la Société obstétri-

cale de France (1) rapporte deux cas absolument analogues :

Il s'agit d'une femme à diamètre Pr. S. P. de 8,8 qui refuse la césarienne ou la symphysectomie, arrivée trop tard pour un accouchement prématuré elle accouche spontanément, grâce au glissement de la pointe occipitale sous les pariétaux et chevauchement du pariétal droit sur le gauche ; l'enfant redevient normal malgré un enfoncement au niveau du temporal gauche qui appuyait sur la saillie du promontoir, il pesait 2.500.

M. Valency ajoute qu'il apprit par une enquête faite dans la suite que cette femme était redevenue enceinte et était accouchée *spontanément* d'un enfant vivant de 2.900.

Dans une deuxième observation, c'est une femme à bassin aplati Pr. S. P. 9,3 ; à deux accouchements successifs passent de très gros enfants : une fille de 3.500 avec, il est vrai, enfoncement pariétal persistant, et un garçon de 3.670. Un premier accouchement avait été normal.

M. Valency conclut alors : « Parmi les femmes ayant accouché spontanément un certain nombre étaient des multipares dont les accouchements antérieurs avaient nécessité une intervention, d'où on ne peut pas dire que nécessairement il faudra une symphysectomie ou une césarienne, ou même, étant donné un bassin rétréci, qu'une primipare n'accou-

(1) In Ann. de la Soc. Obst. de France, 1902.

chera pas spontanément si l'enfant est assez petit et le bassin pas trop rétréci, et point plus important, *en sacrifiant un enfant chez une primipare il ne s'ensuit pas du tout que la mère ne pourra pas plus tard avoir naturellement un enfant vivant sans opération.* »

En face de ces cas où nous voyons des accouchements se faire sans opération sanglante et sans sacrifice inutile, comment proposer avec la même intransigence une symphyséotomie ou une césarienne :

« On n'est pas toujours sûr de n'avoir pas par le forceps ou la version un enfant vivant par les voies naturelles... Que de fois ai-je réussi avec le forceps et la version à extraire des enfants vivants alors que je n'y comptais que fort peu » (M. Bùdin), et ailleurs : « Le médecin quelqu'instruit qu'il puisse se croire n'a donc pas la certitude absolue que l'opération qu'il conseille et qui fait courir des risques à la mère est la meilleure ».

Quelle source de réflexions pour le médecin qui croit son jugement assez infaillible pour se passer du consentement de la mère !

*
* *

Il nous reste maintenant à examiner brièvement la valeur de l'accouchement prématuré.

On l'a accusé de ne produire que des débiles « can-

didats désignés aux maladies et aux infirmités » (Pinard).

M. Bar s'élève à juste titre contre cette opinion en faisant remarquer que dans les bassins mesurant au moins 80 m/m l'accouchement prématuré donne de très bons résultats et ne produit pas du tout les infirmes dont on accuse cette intervention ; l'infériorité primitive du nouveau-né disparaît vite.

Quant à l'effrayante mortalité infantile que donnerait l'accouchement prématuré 32 % pour M. Pinard, si on ne pratique pas cette opération dans des bassins trop étroits, c'est-à-dire alors que la grossesse est trop éloignée de son terme normal, on voit la mortalité diminuer dans des proportions considérables.

De plus Ribemont-Dessaignes (1) fait remarquer qu'avant la rénovation de la symphyséotomie par M. Pinard en 1891, on pratiquait l'accouchement prématuré plutôt trop tôt que trop tard, par grande crainte que l'enfant ne passe pas et par peur d'être acculé à l'embryotomie ; de là ces déplorables statistiques.

Pour nous résumer, après avoir essayé de démontrer la nécessité de l'embryotomie, nous voyons qu'elle trouvera son indication ;

Toutes les fois que certaines conditions de milieu

(1) Ribemont-Dessaignes. — De la conduite à tenir dans les bassins rachitiques (in Précis d'Obstétrique).

et de temps s'opposeront forcément à une opération grave et immédiate.

Toutes les fois que la vitalité de l'enfant paraîtra compromise ou que la mère ne semblera pas dans de bonnes conditions pour supporter indemne l'opération.

Nous ne parlons pas des cas où la parturiente se refuserait à l'intervention proposée par le médecin, nous traiterons cette question dans le dernier chapitre de ce travail.

Il est bien évident que l'accouchement prématuré doit être l'intervention de choix dans les cas où l'accoucheur peut prévoir des conditions défavorables pour pratiquer une opération sanglante.

S'il a dû faire une embryotomie, il ne saurait trop insister auprès de la femme pour qu'en cas de nouvelle grossesse elle avertisse le médecin à temps, sans attendre l'époque de sa délivrance.

Peut-être avec des bassins assez grands, comme ceux de 9,5 à 11 pourrait-on se contenter de l'expectative, ainsi que le veut M. Valency, dans l'espoir que le forceps ou la version extraira l'enfant vivant et en bon état sans péril pour la mère.

Il ne faudrait pas cependant se laisser entraîner à trop d'optimisme sous peine de se priver à tort de l'accouchement prématuré, justement dans les cas où il est capable de donner les meilleurs résultats.

Sous peine aussi de compromettre par des manœuvres restées inutiles, la vitalité du fœtus et la santé de la mère, ce qui serait se placer dans les plus mauvaises conditions pour la symphyséotomie ou la césarienne.

V

L'ACCOUCHEUR N'A PAS A PRÉVENIR LA PARTURIÈNTE DE L'OPÉRATION QU'IL VA PRATIQUER SUR ELLE ?

Nous croyons bien que M. Pinard est seul à ne pas reconnaître l'obligation du médecin d'avertir la femme.

Il se contente de dire : « Madame vous ne pouvez accoucher seule, nous allons vous aider » et il lui fait donner le chloroformé.

Nous ne reviendrons pas sur l'énorme responsabilité à assumer ainsi par le médecin, sur l'infailibilité qu'il s'arroge, sur la destruction de l'espèce à laquelle nos théories nous amènent ! Chemin faisant nous avons eu à en parler.

Laissant de côté ces considérations secondaires, nous restons en présence du droit primordial de tout être humain : le droit à l'intégrité de son corps.

C'est en vertu de ce droit que la femme peut refuser de laisser pratiquer sur elle une opération,

et que par conséquent le médecin a le *devoir* de l'avertir.

La femme a le droit de se défendre contre le fœtus qui, quoiqu'innocent, devient un ennemi, de même qu'on peut tuer un fou s'il menace votre vie : c'est le principe éternel de la légitime défense.

« Il y a des droits inhérents à notre personne, dit M. Maxwell (1), de ces droits dérive la faculté de la conserver, même par la force : c'est le principe de légitime défense. »

Loi qui n'est pas écrite, mais qui est innée en nous, « *non scripta sed nata lex*, » dit Cicéron dans le Pro Milone, et M. Maxwell fait remarquer que, contrairement à ce qu'énonce M. Pinard, ce droit de défense n'implique pas le droit de vie et de mort sur le fœtus ; la mort du fœtus en est la conséquence, ce qui est tout différent.

« Le droit, pour la parturiente, pour son mari ou sa famille, suivant les circonstances, de refuser une intervention de nature déterminée, n'implique pas le droit de vie ou de mort sur l'enfant ; la mort de celui-ci ne sera que la conséquence indirecte de l'exercice d'un droit appartenant à la mère ou à son défaut à ses proches » (2).

De ce que, en effet, vous tuez un rôdeur qui vous attaque, il ne s'ensuit pas que vous ayez le droit de vie et de mort sur cet homme ; si vous l'avez seulement blessé, et que plus tard il vous croise paissi-

(1) Maxwell. — Discours de Bordeaux.

(2) Maxwell. — id.

blement dans la rue, vous n'êtes nullement autorisé à l'abattre d'un coup de revolver, et la loi qui, dans le premier cas, ne vous inquiétera même pas, vous poursuivra sûrement dans le second.

Le droit d'intégrité corporelle ! répond M. Pinard à M. Maxwell, mais « savez-vous⁽¹⁾ ce que vous dira le médecin accusé d'avortement : Oui j'ai provoqué l'avortement de Madame X..., car sa grossesse déterminait des vergetures nombreuses, stigmates indélébiles déformant son ventre, or ayant lu dans un discours prononcé par un haut magistrat qu'une femme a le droit de conserver son intégrité corporelle, et qu'une cicatrice du ventre était fatale à la beauté, d'accord avec Madame X..., et avec vous, *ut careat rugarum crimine venter*, j'ai supprimé le misérable ».

Il nous semble qu'il y a quelque différence entre une femme qui hésite devant une laparotomie et une autre qu'effraient des vergetures !!

*
* *

On ne peut opposer à ce droit de la mère à son intégrité que le droit du fœtus, droit à la vie, droit à son intégrité propre.

Ces deux droits sont évidemment en conflit, mais nous avons assez insisté déjà sur la différence qui existe au point de vue social et au point de vue moral entre la mère et l'enfant pour n'avoir pas à y revenir.

(1) Pinard. — Du fœticide, leçon d'ouverture Baudelocque 21 nov. 1901 (in Ann. Hyg. et méd. lég. 1902).

« Je ne rappellerai pas, dit Cazeaux, que la vie si faible, si incertaine d'un enfant qui ne tient au monde que par sa mère, qui n'a ni affection, ni craintes, ni espérance, peut être difficilement mise en balance avec une femme jeune que mille liens sociaux et religieux attachent à ceux qui l'entourent. »

D'ailleurs le fœtus, et ceci est capital, ne peut exister que par l'abandon des droits de la mère :

« L'enfant n'est pas encore né, c'est une éventualité et il ne peut *naturellement naître* puisque sa naissance est *subordonnée* à l'opération de la mère..... La réalisation des droits qu'il n'a qu'en puissance dépendra de l'abandon fait par la mère d'une partie des siens, du sacrifice de son intégrité corporelle.

Droits actuels de la mère, droits éventuels du fœtus, ceux-ci doivent céder si la mère n'y renonce pas » (1).

Pour quelques auteurs la mère justement fait abandon de ses droits au médecin par le fait même qu'elle a recours à ses soins; et celui-ci, dès lors, peut intervenir à sa guise sans prévenir la femme.

Nous croyons que cette interprétation est inadmissible ; la parturiente demande un avis en se réservant le droit de le suivre.

Une femme qui consulte un médecin, pour une tumeur, par exemple, lui reconnaît-elle le droit de

(1) Maxwell. — id.

l'opérer ? Nullement, et la preuve c'est que souvent elle demandera qu'un chirurgien soit appelé pour l'intervention.

Pour la mère de famille dont M. Pinard publie la lettre, l'abandon du droit de la femme à son intégrité corporelle est fait implicitement du jour où elle consent à courir les risques de l'amour.

« La seule heure où la femme ait le droit de choisir si elle veut ou non conserver l'intégrité de son corps, est celle où elle s'abandonne aux joies de l'amour et à leurs conséquences.

En consentant à suivre son mari elle a accepté le plus imprescriptible des devoirs maternels, celui d'exposer sa vie pour défendre ou conserver celle de ses enfants. Si elle ne comprend pas ce devoir, c'est à ses proches à lui rappeler les droits de celui auquel a été fait librement le don de sa vie ».

Sans doute cette lettre prouve un cœur généreux et un beau dévouement maternel, mais une femme qui se marie ne compte que sur des accouchements naturels; elle ne sait pas les dangers auxquels l'expose une grossesse. Et si même elle est avertie de l'étroitesse de son bassin, qui donc a le droit de la priver de joies légitimes ?

Commettra-t-elle un crime en se mariant, en aimant ?

On peut seulement dire qu'elle fera preuve d'une belle abnégation en se soumettant à l'opération qui lui donnera un enfant vivant, alors surtout, qu'à une autre grossesse, avertie cette fois, elle pourra tout

en sauvegardant son corps, bien à elle, il nous semble, demander à l'accouchement prématuré ce que la nature lui refuse naturellement.

*
* *

D'ailleurs l'opinion de M. Pinard n'a pas rallié de nombreux suffrages, M. Picqué, en 1902, parlant au nom de la Commission, le constate au cours de la discussion sur le fœticide à la Société obstétricale de France (1).

« Récemment M. Pinard réclamait pour l'accoucheur le droit absolu de pratiquer une intervention chirurgicale sans le consentement de la parturiente.

Cette thèse rencontra la plus vive opposition dans le milieu médical et ne paraît pas à l'heure actuelle, malgré la chaleur que son auteur a mise à la défendre, avoir convaincu beaucoup de ses collègues ».

Plus tard, quand cette question vint devant la Société de médecine légale en 1903, voici la réponse qui fut donnée dans les conclusions (2):

« Le médecin ne peut procéder à une opération quelconque contre la volonté formelle d'un malade ayant toute sa connaissance.

Toutefois, il peut se faire que, dans le cas d'une urgence exceptionnelle, ou dans d'autres conditions qui sont impossibles à prévoir, la conscience du

(1) L'Obstétrique. — Mai 1902.

(2) L'Obstétrique. — 15 Mai 1903.

médecin lui impose une intervention non consentie par ce malade ».

Il s'agit ici de toute opération chirurgicale quelle qu'elle soit, et on cite comme exception possible l'hypothèse de plaie artérielle pouvant entraîner la mort à bref délai, si l'artère n'est pas liée immédiatement, ou celle de suicide où le malade refuse l'opération qui peut le sauver.

Mais il n'apparaît pas qu'il y ait d'exceptions, ou du moins, nous n'en prévoyons pas, dans le cas qui nous occupe : le fœticide.

Dès lors qu'on admet que la mère a le droit de défendre son intégrité, l'accoucheur ne peut passer outre en invoquant l'intérêt de la malade, puisque l'opération proposée lui fait courir des risques plus grands ; il ne pourrait le faire qu'en invoquant l'intérêt du fœtus ; or nous avons vu que cet intérêt ne pouvait pas primer celui de la mère.

D'autre part, M. Pinard avait demandé s'il y avait dans les cartons de l'Assistance publique des règlements pouvant dicter la conduite de l'accoucheur dans le cas suivant :

« Femme en travail ne pouvant accoucher spontanément par suite de rétrécissement du bassin, et refusant toute opération autre que le broiement de son enfant alors que ce dernier est vivant. »

M. Napias, alors Directeur de l'Assistance publique, répondit en avoir référé au Conseil de surveillance, et ce Conseil estima « qu'il n'était pas possible de passer outre à la volonté de la femme qui se refuse-

rait à laisser pratiquer sur elle une opération pouvant présenter quelque danger pour sa vie, et qu'en présence de cette situation le médecin était seul juge de décider sous sa responsabilité de l'attitude qu'il avait à tenir » (1).

M. Bar rapporte de son côté l'avis du Comité consultatif de l'Administration de l'Assistance publique, qui compte des jurisconsultes parmi ses membres ; la réponse est identique :

« Que si la parturiente, soignée dans un hôpital, agissant dans sa pleine liberté d'esprit, refuse de se laisser opérer, l'accoucheur, après lui avoir fait toutes les représentations, doit s'incliner devant sa volonté nettement exprimée (2) ».

M. Bertrand lui-même, ancien Procureur général, consulté par M. Pinard déclare d'une façon absolue que le médecin ne peut passer outre au refus de la parturiente, toutefois il ne reconnaît pas à d'autres personnes le droit de veto si la femme est hors d'état de le formuler, sauf peut-être au mari.

Ceci nous amène à considérer le cas où la mère est inconsciente, nous croyons que les avis sont à peu près unanimes :

« Si elle ne peut (la mère) manifester sa volonté,

(1) Relaté par M. Pinard in Ann. Gyn. Janv. 1900.

(2) Comité consultatif de l'Adm. de l'As. pub. de Fr. séance du 21 nov. 1899.

le choix appartiendra au mari, aux parents, aux proches, à ceux enfin qui la représentent » dit Maxwell.

La commission de la Société de médecine légale répond dans le même sens :

« En cas d'inconscience du malade, la même règle générale s'impose *par rapport aux personnes ayant autorité légale sur lui*.

Sauf les cas d'une urgence exceptionnelle ou d'autres conditions qui sont impossibles à prévoir et qui paraissent devoir être ici plus nombreuses. »

Il peut se faire que lorsqu'il s'agit de femme inconsciente, il y ait autour d'elle des conflits d'intérêts ; des questions d'héritage peuvent diviser les avis.

Au milieu de ce débat hideux, de qui le médecin sera-t-il tenu de respecter la volonté ?

Il ne dépendra sans doute que de lui seul et de sa conscience.

M. Maxwell donne une opinion différente, voilà son hypothèse : « Des intérêts pécuniaires considérables sont en jeu ; la jeune femme a une fortune personnelle qui appartiendra à son enfant s'il survit ; dans le cas contraire, les parents auront leur réserve, le mari des droits nouveaux que lui donne l'article 767, il peut être même le légataire universel de sa femme. On peut supposer, et j'ai lieu de croire que le cas s'est réalisé dans la pratique, que ces intérêts contradictoires entrent en conflit et mettent en opposition les parents et le mari de la malade.

Que fera le médecin ? » (1)

Et il répond qu'il obéira à ceux des parents qui demandent l'opération la moins dangereuse, « *car il y a présomption que telle serait la volonté de la mère.* »

Cette déduction ne nous paraît pas juste et pour cela il n'y a qu'à considérer combien il est infiniment rare que la femme ne se soumette pas à la proposition de son médecin ; alors, pour être logique, c'est son propre avis que le médecin devrait suivre, celui qu'en son âme et conscience il aurait donné à la malade si elle avait été consciente (2).

*
* *
*

Il est bien évident que si la mère, pour protéger son intégrité corporelle, a le droit de demander le sacrifice de son enfant, le médecin possède aussi ce droit sous peine de rendre celui de la mère illusoire puisqu'il ne pourrait pas s'exercer utilement.

Mais à ce droit s'ajoute-t-il un *devoir* ?

Autrement dit, après avoir proposé une opération qui est refusée, le médecin est-il obligé de sacrifier l'enfant si la mère le lui demande ?

Voici ce qu'a répondu la commission de la Société de Médecine légale :

« Dans aucun cas, le médecin ne peut être tenu de substituer à une opération par lui proposée une

(1) Maxwell. — idem.

(2) Note. — En relisant la brochure de M. Bar d'une clarté et d'une netteté admirables, et déjà citée nombre de fois, nous y trouvons en dernière page une opinion semblable : « S'il est une présomption c'est qu'elle suivrait le conseil de l'accoucheur en qui elle aurait placé sa confiance. »

autre opération exigée par le malade ou par des personnes ayant autorité légale sur lui, si lui-même la juge dangereuse ou inopportune.

Le refus d'accepter son intervention dans les conditions par lui proposées le délie de toute obligation et de toute responsabilité quant aux conséquences de son abstention. *L'humanité seule pourra lui faire un devoir d'intervenir.* »

En effet, il n'est pas plus admissible d'opérer une femme malgré elle, que d'imposer à un médecin une opération qu'il juge *contr'indiquée* ou simplement *moins indiquée* qu'une autre.

« Le médecin, dit M. Budin, a aussi sa liberté ».

Le droit strict du chirurgien est alors de se retirer, il devra auparavant essayer de démontrer à la malade tous les inconvénients de son entêtement et pour plus de sûreté, afin de dégager sa responsabilité, laisser une consultation écrite.

Mais dans les cas qui nous occupent, et qui sont du ressort de l'accoucheur, les conditions sont généralement un peu différentes ; se retirer, n'est-ce pas souvent un arrêt de mort, et pour la femme et pour l'enfant.

Evidemment si un confrère peut être appelé, si le cas n'est pas trop pressant, le médecin peut s'abstenir après avoir averti la malade du danger auquel elle s'expose.

Mais si la malade est déjà épuisée, si elle souffre depuis longtemps, pourra-t-on humainement la laisser mourir et est-ce que le médecin ne sera pas obligé

alors de pratiquer l'embryotomie avec répugnance, presque à son corps défendant, mais obligé moralement cependant, et c'est ce que dit la Commission : « *L'humanité seule pourra lui faire un devoir d'intervenir.* »

Un médecin, digne de ce nom, pourrait-il laisser agoniser une malheureuse en vertu de cette abominable théorie qu'Henri Robert appelle « la théorie du laisser mourir. »

« Si le médecin, dit Maxwell, est dans une ville où il y a des confrères, et s'il n'y a pas urgence, il pourra peut-être refuser son concours ; mais s'il y a urgence, il devra faire l'opération réclamée par la parturiente *même si elle entraîne la mort de l'enfant.* »

Le professeur Fochier de Lyon est encore plus net (1), il considère qu'il a le droit et le *devoir* de tuer l'enfant :

« Lorsqu'une femme adulte, consciente, me demande de la défendre contre un être inconscient dont l'existence est aussi aléatoire que celle d'un nouveau-né... Je dois tuer si elle ne consent pas à courir quelques chances de mort pour avoir un enfant vivant.

Je n'éprouve aucun remords au souvenir de fœticides que j'ai dû accomplir, je n'éprouve aucune indécision à la pensée de ceux que ma conscience m'imposera ; j'ai fait mon devoir, je le ferai encore. »

Et c'est aux applaudissements de l'assemblée qu'il termine cette profession de foi.

(1) Le fœticide thérapeutique à la Soc. Obst. de France, 1902 (in Ann de la Soc. Obst. de France 1902).

L'avis de M. Bar est différent.

« La parturiente ne peut pas plus imposer sa volonté à l'accoucheur que celui-ci ne peut lui imposer la sienne », dit-il, et plus loin :

« S'il estime l'embryotomie comme contr'indiquée, nulle force ne peut l'obliger à la pratiquer ».

Et M. Bar explique qu'il entend parler d'un cas où il jugerait que l'opération permettant d'avoir un enfant vivant ne ferait pas courir à la mère de trop gros risques, ou du moins que la vie d'un enfant vaudrait ces risques.

Mais les circonstances sont pressantes : « de ce que vous vous serez refusé à intervenir comme la mère vous le demandait, celle-ci mourra; n'aurez-vous pas manqué au premier de tous vos devoirs ? »

— A vrai dire, se répond à lui-même M. Bar, l'argument n'a pas grande valeur. Quand on propose à une femme en travail, dont le bassin est rétréci, de pratiquer une section césarienne ou une symphyséotomie, les circonstances ne sont jamais tellement pressantes que la mère risque de mourir, si on ne broie pas immédiatement l'enfant comme elle le désire.

La femme peut donc encore trouver secours, l'aide sera facile à trouver. »

Nous pourrions répondre à M. Bar que précisément il pourrait être ce deuxième médecin appelé au secours de la malade, mais lui-même prend soin de s'acculer dans ses derniers retranchements :

« Qu'il n'en soit pas ainsi. qu'une entente soit impossible, il faudra pourtant qu'une des deux volontés cède à l'autre.

Le plus souvent, la volonté du médecin, si elle a été bien réfléchie, ne cédera pas. »

Et alors ?

M. Bar ne nous dit pas ce qui passera, sans doute par crainte d'y répondre d'une façon logique avec lui-même ; il se contente de nous laisser entendre qu'il abandonnera la malade.... et alors, c'est bien simple, la femme mourra !

Ou plutôt, ce qui se passera n'est pas bien malaisé à deviner, et nous allons nous permettre de le dire très respectueusement à M. Bar.

La malade s'épuisera, sa température s'élèvera, son faciès se grippera, la peau deviendra chaude et sèche, l'enfant perdra du méconium, avec des battements du cœur sourds et irréguliers ;

Affolé on se précipitera à nouveau chez lui et cette fois, d'accord avec sa conscience, il fera sans hésiter, une embryotomie.

Alors même qu'on le lui demanderait, en vertu de ses propres principes, il ne voudrait plus tenter une symphyséotomie ou une césarienne désormais trop dangereuse, et que ne mériterait plus un enfant compromis.

Et qu'il ne s'écrie pas qu'une deuxième fois il ne se dérangerait pas. Entêté dans son orgueil de praticien justement irrité de ses avis méprisés, c'est la mort elle-même qui se chargerait de lui donner deux

fois raison ; nous en appelons à son cœur d'honnête homme ; il n'aura plus qu'une peur, celle de ne pas courir assez vite et d'arriver trop tard.

Pour avoir trop attendu n'est ce pas s'exposer à voir périr à la fois femme et enfant, ou à intervenir quand tout est prêt pour l'infection ?

Il suffit de citer ce qui arriva à M. Hubert.

C'est M. Budin qui rappelle une conversation qu'il eût dans une promenade avec le professeur de Louvain :

« Que peuvent faire en se promenant deux accoucheurs sinon parler obstétrique » dit-il.

Et il raconte que M. Hubert avait proposé une césarienne à une de ses clientes qui l'avait refusée, alors, par scrupule, il attendit pour faire la basiotripsie que l'enfant fût mort, mais l'enfant ne mourut qu'au moment de l'agonie de la femme, et mère et enfant périrent.

Au point de vue légal le médecin ne peut être atteint que par l'article 1382 du code pénal : Il faut qu'il ait commis une erreur grossière, une faute lourde et inexcusable de pratique.

Pour M. Maxwell, si une malade est opérée malgré elle ou malgré ses parents, la responsabilité du médecin est engagée juridiquement, et probablement engagée aussi si elle a été opérée à son insu.

« Si la malade a été opérée à son insu et à l'insu des siens, si elle succombe échapperez-vous à une action en dommages et intérêts, je ne le pense pas. »

Nous avons vu que si l'opération est imposée par la mère, M. Maxwell reconnaît le droit au médecin de se retirer s'il n'y a pas urgence ; s'il y a urgence, à son avis, il doit s'incliner.

Dans tous les cas, chaque fois qu'on pratiquera l'embryotomie il sera toujours prudent, si on le peut, d'appeler un confrère et au besoin de rédiger une consultation écrite ; il semble exagéré d'avertir le commissaire de police comme le veut Porak.

Si on avait affaire à un aliéné, et que le chirurgien se trouve en face d'avis contradictoires, la Commission de la Société de médecine légale propose de signaler le fait au Ministère public : un curateur est alors nommé.

Mais ceci n'a guère d'intérêt pratique qu'au point de vue chirurgical ; au point de vue obstétrical le temps ferait défaut.

Mais toutes les règles issues des discussions ne pourront jamais embrasser que quelques cas restreints, et, dans les circonstances si multiples de sa vie de praticien, le médecin ne devra chercher qu'en lui les principes de sa conduite.

Il faut le crier bien haut, le grand maître et le guide suprême du médecin sera sa conscience, sa conscience qui, comme le dit si joliment le professeur Hergott est « comme un regard de Dieu en nous » et nous ne croyons pas pouvoir finir sur une plus belle parole.

CONCLUSIONS

1. — L'accouchement prématuré demeure une bonne opération dans nombre de cas, surtout pratiqué sur des fœtus qui ne soient pas trop éloignés du terme de la grossesse.

2. — L'embryotomie est une opération nécessaire encore dans bien des circonstances.

3. — La symphyséotomie et l'opération césarienne ne peuvent être pratiquées en dehors de certaines conditions d'hygiène et de confort chirurgical.

Elles ne doivent être tentées qu'à condition que la vitalité de l'enfant et la santé de la mère ne soient pas déjà altérées.

4. — Un médecin ne doit pas pratiquer une opération sans avertir auparavant la malade de l'intervention.

5. — En cas de refus de la parturiente d'accepter l'intervention proposée par le médecin, celui-ci peut se retirer.

Si la mère demande l'embryotomie après avoir refusé la césarienne ou la symphyséotomie que le médecin jugeait, l'une ou l'autre praticable, celui-ci peut être amené à pratiquer cette opération par des raisons d'humanité s'il y a urgence, pour sauver à tout le moins la mère à défaut de l'enfant.

Vu :

Le Président :

BROUARDEL.

Vu :

Le Doyen :

DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE.

- ALLAIN. — *Thèse* Bordeaux 1901. Du fœticide.
- AUBRY et RAU. — Droit civil français T. I.
- ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — Années 1880 et 1890 à 1904.
- ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE, 1902.
- ANNALES DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE, 1902.
- BACHIMONT. — De l'interruption de la grossesse. *Thèse* Paris 1898.
- P. BAR. — Deux questions obstétricales (Leçon faite à la Maternité de Saint-Antoine, le 23 janvier 1902, Naud, éditeur).
- BAUDELLOCQUE. — Art des accouchements. T. II.
- BELLOY. — Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de la symphyséotomie. *Th.* Paris, 1899.
- BLIN. — *France Médicale*, 1901.
- BRIAND et CHAUDE. — *Médecine légale*.
- BRILLAUD LAUJARDIÈRE. — De l'avortement provoqué.
- BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, 1851 1852.
- BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS, 1903.
- CHRONIQUE MÉDICALE, Novembre 1904.
- COOPER. — De Abortionibus.
- DEVILLE. — Indications actuelles de l'opération césarienne conservatrice ou non, *Th.* Paris 1890.
- DIONIS. — Cours d'op. de chir.
- Pierre FARABEUF. — Les bienfaits de la symphyséotomie, *th.* Paris 1893.
- E. FERNIAT. — Existe-t-il d'autres cas que le rétrécissement du bassin qui puissent autoriser l'accoucheur à pro-

voquer l'accouchement avant le terme naturel de la grossesse ? *Th.* Strasbourg 1836.

FODÉRÉ — *Traité de médecine légale* (1813).

FRANCE MÉDICALE. — Juin 1900 et 1901.

GAZETTE MÉDICALE.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, 20 juin 1901.

GENIN. — Histoire de deux op. césar.

GOUSSET. — Théol. mar., . I.

GUILLEMEAU. — De l'heure et l'accouchement des femmes.

E. HUBERT. — Cours d'accouchement.

JOURDAN. — Essais sur l'avortement et l'accouchement prématuré. *Th.* Montpellier 1899.

KLOTZ-FOREST. — Laprophylaxie anti-conceptionnelle est-elle légitime.

Mme LACHAPELLE. — Pratique des accouchements, T. III.

LÉOPOLD. — Rapp. au Congrès int. de Rome, 1894.

MAXWELL. — De quelques cas de responsabilité médicale (discours prononcé à l'audience solennelle de rentrée de la cour d'appel de Bordeaux, 16 Oct. 1901).

MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses.

NAEGELÉ. — De jure vitæ et ne is quod competit medico in partu, 1826.

L'OBSTÉTRIQUE. — 15 mars 1900, Mai 1902, 15 Mai 1903.

PAJOT. — Travaux d'obstétrique.

Ambroise PARÉ. — Traité de la génération.

De PASTORET. — Histoire de la Législation T. IV.

Philippe PEU. — Pratique des accouchements.

PINARD. — Rapport au Cong. d'Amsterdam 1899.

Esquisse sur le progrès réalisé en obstétrique pendant le XIX^e siècle.

Comptes-rendus au cong. de gyn. d'obst. et de pédiatrie de Marseille 1899.

Du fœticide.

Du prétendu fœticide thérapeutique.

Le cas de Pandelocque.

G. RAFFAELE. — Quelques mots sur la théorie et la pratique de l'accouchement provoqué prématurément (trad. Sirus Pirondi).

RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique. De la conduite à tenir dans les bassins rachitiques.

RIGOUIR. — Etude comparée des résultats de la symphyséotomie et des bassins rétrécis. *Th.* Paris 1898.

ROUSSEL DE VAUZELME. — De s. t. symph. *Th.* Paris 1878.

RUBINROT. — *Th.* Paris 1899. ¹¹

SANCHEZ. — Tr. de matrimonio ²

SELDENI. — De jure naturali et ^{im} tantum juxta disciplina Ebrœorum.

De SIEBOLD. — Essai d'une histoire de l'obstétricie, traduit par Hergott.

St PAUL. — Epître aux Romains.

SUE le JEUNE. — Essai historique litt. et crit. sur l'art des accouchements 1779.

TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchement.

TERTULLIEN. — Apologétique.

De anima.

VARNIER. — Rapport au Congrès de Moscou. Août 1897.

DE VESINE-LARUE. — Essai sur l'avortement, 1866.

ZWEIFEL. — Rapport au Congrès de Moscou. Août 1897.

